

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

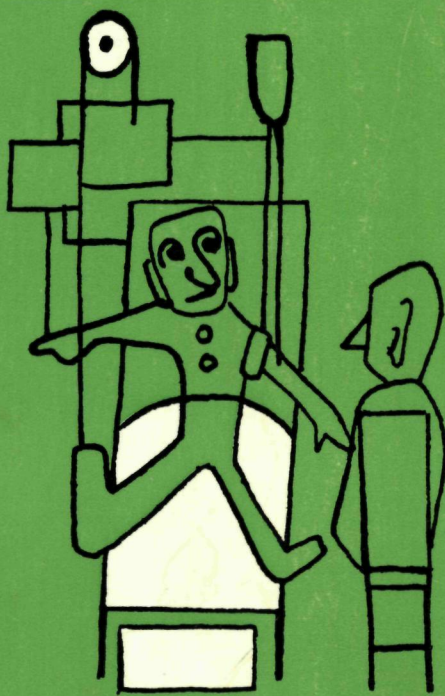
For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/148571>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

1740
R.A. DE MELKER

ZIEKENHUISPATIENT HUISARTS HUISGEZIN



PROMOTOR: PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

ZIEKENHUISPATIËNT -
HUISARTS-HUISGEZIN
EEN EXPLORATIEF INVENTARISEREND ONDERZOEK

with a summary

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE KATHOLIEKE UNIVERSITEIT

TE NIJMEGEN

OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS

PROF. MR. F. J. F. M. DUYNSTEE

VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DECANEN

IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP

VRIJDAG 2 MAART 1973 TE 16 UUR

DOOR

RUDOLF ADRIAAN DE MELKER

GEBOREN TE ROTTERDAM

DEKKER & VAN DE VEGT - NIJMEGEN

Aan mijn moeder

Aan de nagedachtenis van mijn vader

Bij de voltooiing van mijn proefschrift wil ik gaarne van mijn dank
getuigen voor alle hulp en steun die ik van zo velen mocht ontvangen.

INHOUD

INLEIDING

EEN HUISARTS OP BEZOEK BIJ ZIJN ZIEKENHUISPATIENT 1

HOOFDSTUK 1 1

LITTERATUURVERKENNINGEN 4

- 1 1 De ziekenhuispatient 4
- 1 2 Het belang van een goede communicatie voor de behandeling van de ziekenhuispatient en de invloed van de structuur van het ziekenhuis op de communicatie 6
- 1 3 De verandering van plaats en functie van het ziekenhuis in de gemeenschap 8
- 1 4 De rol van enkele werkers in het ziekenhuis 9
- 1 4 1 De arts 9
- 1 4 2 De verpleegster 10
- 1 4 3 De medisch maatschappelijk werkster 10
- 1 4 4 De pastor 11
- 1 5 De huisarts in het geheel van de gezondheidszorg 12
- 1 6 De verhouding intramurale- extramurale zorg 13
- 1 7 Ziekenhuispatient en huisarts 16

HOOFDSTUK 2

HET EIGEN ONDERZOEK — OPZET EN UITVOERING 20

- 2 1 Aanleiding tot het onderzoek 20
- 2 2 De algemene doelstelling van het onderzoek 21
- 2 3 De specifieke vraagstellingen van dit onderzoek 21
- 2 3 1 Wat betreft ziekenhuispatienten 21
- 2 3 2 Wat betreft huisartsen 21
- 2 3 3 Wat betreft specialisten 22
- 2 3 4 Wat betreft het feitelijk functioneren van een huisarts bij ziekenhuispatienten en de feitelijke communicatie van een huisarts met specialisten omtrent deze patienten 22
- 2 4 De opzet van het onderzoek 23
- 2 4 1 De methode van onderzoek 23
- 2 4 2 Enquêtes bij vier groepen ziekenhuispatienten 23

- 2.4.3. Een landelijke enquête bij een aselechte steekproef van de Nederlandse huisartsen 24
- 2.4.4. Een enquête bij vier groepen huisartsen 25
- 2.4.5. Een enquête bij vier groepen specialisten 25
- 2.4.6. De registratie van de bezoeken van ziekenhuispatiënten door een huisarts 25
- 2.5. Voorbereiding van het onderzoek en proefonderzoek 26
- 2.5.1. De enquêtes bij patiënten 26
- 2.5.2. De enquêtes bij huisartsen 28
- 2.5.3. De enquêtes bij specialisten 29
- 2.6. De uitvoering van het onderzoek 29
- 2.6.1. De enquêtes bij patiënten 29
- 2.6.2. De enquêtes bij huisartsen 30
- 2.6.3. De enquêtes bij specialisten 30
- 2.6.4. De registratie van ziekenhuisbezoeken en andere gegevens betreffende opgenomen patiënten in de eigen praktijk 30

HOOFDSTUK 3

DE ENQUÊTES BIJ PATIËNTEN 32

- 3.1. De samenstelling van de totale groep geënuquêteerde ziekenhuispatiënten 32
- 3.2. Enkele algemene gegevens 34
- 3.2.1. Bezoekfrequentie van de huisarts 34
- 3.2.2. Het inzicht van de geënuquêteerde ziekenhuispatiënten 36
- 3.2.3. Enkele gegevens betreffende de opvatting van de ziekenhuispatiënten over de ernst van hun ziekte 37
- 3.3. De verwachtingen van de geënuquêteerde ziekenhuispatiënten ten aanzien van hun huisarts en specialisten 37
- 3.3.1. De verwachtingen ten aanzien van het gedrag van de huisarts 37
- 3.3.2. De verwachtingen ten aanzien van de taak van de huisarts 37
- 3.3.3. De verwachtingen ten aanzien van de huisarts vergeleken met diens feitelijke gedrag 39
- 3.3.4. De verwachtingen ten aanzien van de specialist 39
- 3.3.5. Het belang van de huisarts en zijn bezoek aan ziekenhuispatiënten 42
- 3.4. De invloed van het geslacht op de mening van ziekenhuispatiënten 43
- 3.5. Het belang van het bezoek van de huisarts voor verschillende categorieën ziekenhuispatiënten 44
- 3.6. Verschillen in inzicht van de geënuquêteerde patiënten 45
- 3.7. De vier groepen ziekenhuispatiënten onderling vergeleken 47
- 3.7.1. Verschil in samenstelling van de vier groepen ziekenhuispatiënten 47
- 3.7.2. De bezoekfrequentie bij de vier groepen ziekenhuispatiënten 49
- 3.7.3. Verschil in inzicht van de vier groepen ziekenhuispatiënten 49
- 3.7.4. Verschil in opvatting tussen de vier groepen ziekenhuispatiënten 50
- 3.7.5. Samenvatting van de opvattingen van de ziekenhuispatiënten per ziekenhuis 52
- 3.8. Samenvatting 53
- 3.9. Conclusies 54

- 4.1. De representativiteit en de samenstelling van de responderende groep huisartsen 56
- 4.2. Enkele gegevens betreffende de ziekenhuizen waar de huisartsen als regel hun patiënten lieten opnemen 58
- 4.3. Het ziekenhuisbezoek van de huisartsen 59
 - 4.3.1. De bezoekfrequentie 59
 - 4.3.2. Het tijdstip van het ziekenhuisbezoek en het al dan niet vaker dan één keer bezoeken van ziekenhuispatiënten 59
 - 4.3.3. Het bezoeken van bepaalde categorieën ziekenhuispatiënten 60
 - 4.3.4. Het belang van het bezoek en de waardering door de ziekenhuispatiënt volgens opgave van de responderende huisartsen 61
 - 4.3.5. Motieven om ziekenhuispatiënten al of niet te bezoeken 61
- 4.4. De opvatting van de huisartsen ten aanzien van hun gedrag en taak bij ziekenhuispatiënten 62
 - 4.4.1. Het gedrag van de huisartsen ten aanzien van ziekenhuispatiënten 62
 - 4.4.2. De taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatiënten 62
 - 4.4.3. De taak van specialisten ten aanzien van de voorlichting van ziekenhuispatiënten en de terreinafbakening huisarts-specialist 66
- 4.5. Enkele mogelijke belemmeringen voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts 67
 - 4.5.1. Tijdgebrek 67
 - 4.5.2. Weerstanden tegen het ziekenhuis 69
 - 4.5.3. Mogelijkheden om het ziekenhuisbezoek te vergemakkelijken 70
- 4.6. De samenhang van de bezoekfrequentie met een aantal factoren 71
 - 4.6.1. De afstand tot het ziekenhuis en de benodigde tijd om het ziekenhuis te bereiken 71
 - 4.6.2. De urbanisatiegraad 72
 - 4.6.3. Het aantal ziekenhuizen 72
 - 4.6.4. Het belang dat de huisarts aan het bezoek hecht 73
- 4.7. De communicatie huisarts-specialist 74
 - 4.7.1. De algemene beoordeling van de communicatie met specialisten 74
 - 4.7.2. De feitelijke communicatie huisarts-specialist 74
 - 4.7.3. Administratie van ziekenhuispatiënten ten dienste van de huisarts 76
 - 4.7.4. Mogelijke verbeteringen van de communicatie huisarts-specialist 76
 - 4.7.4.1. Bijdrage van het bezoek van de huisarts aan ziekenhuispatiënten ter verbetering van de communicatie huisarts-specialist 76
 - 4.7.4.2. Enkele andere wensen ten aanzien van de verbetering van de communicatie huisarts-specialist 78
- 4.8. De samenhang tussen de communicatie huisarts-specialist en een aantal factoren 81
 - 4.8.1. De bezoekfrequentie 81
 - 4.8.2. Het aantal ziekenhuizen 82
 - 4.8.3. Jaren van vestiging als huisarts 82
 - 4.8.4. De urbanisatiegraad 83
- 4.9. Samenvatting 84
- 4.10. Conclusies 85

HOOFDSTUK 5

DE ENQUÊTES BIJ VIER GROEPEN LOCALE HUISARTSEN 87

- 5 1 Inleiding en respons op de lokale huisartsen-enquêtes 87
- 5 2 De locale en de landelijke enquêtes vergeleken 88
- 5 3 De locale enquêtes onderling vergeleken 88
- 5 3 1 Enkele gegevens betreffende de samenstelling van de vier groepen huisartsen 88
- 5 3 2 Verschil in de bezoekfrequentie en in factoren waarmee het bezoeken van ziekenhuispatienten verband hield 90
- 5 3 2 1 Verschil in bezoekfrequentie 90
- 5 3 2 2 Verschil in factoren waarmee het bezoeken van ziekenhuispatienten verband hield 90
- 5 3 3 Verschillen in opvatting over het gedrag en de taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatienten bij de vier groepen huisartsen 92
- 5 3 4 Verschillen in de communicatie huisarts-specialist bij de vier groepen huisartsen 93
- 5 3 5 De mening van ziekenhuispatienten vergeleken met die van de locale groep huisartsen 95
- 5 3 5 1 De verwachtingen van ziekenhuispatienten vergeleken met de mening van de locale groep huisartsen 95
- 5 3 5 2 De mening van ziekenhuispatienten over de bezoeken van de huisarts vergeleken met de mening van de huisartsen 96
- 5 3 6 Vergelijking van de gevonden verschillen tussen de vier groepen ziekenhuispatienten en de vier groepen huisartsen 98
- 5 3 6 1 Plaats A 98
- 5 3 6 2 Plaats B 98
- 5 3 6 3 Plaats C 98
- 5 3 6 4 Plaats D 98
- 5 4 Samenvatting 98
- 5 5 Conclusies 100

HOOFDSTUK 6

DE ENQUÊTES BIJ VIER GROEPEN SPECIALISTEN 101

- 6 1 Inleiding 101
- 6 2 Samenstelling en respons van de geenquêteerde groep specialisten 102
- 6 3 Het belang van het bezoek van de huisarts aan ziekenhuispatienten 103
- 6 4 Vergelijking van de opvatting van de geenquêteerde specialisten met die van de locale huisartsen wat betreft de taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatienten 103
- 6 5 Vergelijking van de opvatting van specialisten en huisartsen ten aanzien van de onderlinge communicatie 107
- 6 5 1 De communicatie in het algemeen 107
- 6 5 2 Het belang van het bezoek van de huisarts voor de onderlinge communicatie 109
- 6 5 3 Wensen ten aanzien van de verbetering van de communicatie huisarts-specialist 110
- 6 6 De vier groepen specialisten onderling vergeleken 112

6.7. Samenvatting 114

6.8. Conclusies 115

HOOFDSTUK 7

HET ONDERZOEK IN DE EIGEN PRAKTIJK 116

7.1. Inleiding 116

7.2. De samenstelling van de eigen praktijk naar leeftijd en geslacht vergeleken met de Nederlandse bevolking 117

7.3. De samenstelling van de groep ziekenhuispatiënten uit de eigen praktijk 118

7.3.1. De verdeling van de ziekenhuispatiënten naar leeftijd en geslacht 118

7.3.2. De verdeling van de ziekenhuispatiënten naar burgerlijke staat, wijze van verzekering en sociale laag 121

7.3.3. Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar ziekenhuis, specialist, specialisme, diagnose en ernst der ziekte 122

7.3.4. De opnameduur en de samenhang met een aantal factoren 128

7.4. Ziekenhuisbezoek van een huisarts 130

7.4.1. Bezochte en niet-bezochte patiënten 130

7.4.2. Plaats en omstandigheden van het bezoek aan de ziekenhuispatiënt 130

7.4.3. De inhoud van onze bezoeken aan ziekenhuispatiënten 131

7.4.3.1. Inleiding 131

7.4.3.2. Het geven van uitleg door een huisarts 132

7.4.3.3. Het geven van adviezen door een huisarts 134

7.4.3.4. Het uiten van belangrijke emoties 135

7.4.3.5. Het vervullen van de brugfunctie en de communicatie met het gezin 138

7.4.4. De communicatie bij het ziekenhuisbezoek 141

7.4.4.1. De communicatie met verpleegsters 141

7.4.4.2. De communicatie met de behandelend arts tijdens ziekenhuisbezoek 143

7.4.5. De gevolgen van het bezoek van een huisarts 143

7.4.5.1. Het optreden van een huisarts na ziekenhuisbezoek 143

7.4.5.2. Verbetering van eigen inzicht door ziekenhuisbezoek 144

7.4.5.3. Het geven van informatie aan een ziekenhuisfunctionaris bij het bezoek van een huisarts 145

7.5. De berichtgeving en communicatie met specialisten (buiten ziekenhuisbezoek om) 146

7.5.1. Het meegeven of sturen van een voorlopig ontslagbericht 146

7.5.2. Het sturen van ontslagbericht 146

7.5.3. De communicatie met specialisten buiten ziekenhuisbezoek om 149

7.6. Samenvatting 150

7.7. Conclusies 151

HOOFDSTUK 8

SLOTBESCHOUWING 154

SUMMARY 167

LITTERATUUR 174

BIJLAGEN 181

EEN HUISARTS OP BEZOEK BIJ ZIJN ZIEKENHUISPATIENT

Op zijn wekelijkse rondgang door het ziekenhuis komt een huisarts bij een 80-jarige weduwnaar, oud beroepsofficier, die sinds 6 weken in het ziekenhuis ligt na een ernstig ongeval. Deze heeft daarbij een schedelbasis- en een bekkenkamfractuur opgelopen. De huisarts kent hem reeds lang als een man van de oude stempel, steeds onberispelijk gekleed in een donker pak met vest, compleet met vadermoordenaar en plastron. Tot zijn ziekte was hij sociaal nog zeer actief. Hij kon zich zelfstandig handhaven in een pension-tehuis, omringd door zijn boeken en antiek. Hij wist aan zijn leven nog zin en inhoud te geven.

Nu ligt hij al enige weken in bed en zijn waardige houding is totaal verdwenen. Hij is een zieke geworden: afhankelijk van zijn omgeving, gevangen in de beperkte leefwereld van zijn ziekenkamer, onttrokken aan zijn vertrouwde milieu. Hij voelt zich verlaten en ervaart de rol van zieke als onwaardig.

De huisarts schrikt van het beeld van deze vermagerde, apathische en depressieve man. De poging van de huisarts om de ziekenhuisartsen te bewegen de patient te mobiliseren had gefaald: de schedelbasisfractuur en de bekkenkamfractuur werden als een indicatie voor langdurige bedrust beschouwd. Nu hij mág opstaan, is hij hiertoe nog nauwelijks in staat, hij is moedeloos geworden en ziet de zin er niet van in.

Het is duidelijk dat patient het zo niet zal halen. De familie maakt zich ongerust, ondanks de verzekering van de medici dat vooruitgang wordt geboekt.

In een rustig gesprek aan het ziekbed gaat de huisarts op de problematiek van de patiënt in. Hij herinnert hem aan het werk dat buiten het ziekenhuis op hem wacht in verband met de oprichting van een nieuwe vereniging, waarvan hij een van de belangrijkste initiatiefnemers is. De patiënt leeft duidelijk op als hem voorgehouden wordt dat voor hem nog een concrete taak in de maatschappij is weggelegd. Op deze wijze wordt hij gestimuleerd uit bed te komen.

In overleg met de familie en de behandelend arts wordt besloten tot overplaatsing naar een verpleegtehuis. Patiënt zal zich daar door een meer huiselijke omgeving minder geïsoleerd voelen en bovendien is reactivering er beter te realiseren.

Enige dagen na dit gesprek is de patiënt, hoewel nog verward, duidelijk verbeterd. De behandelend arts schrijft dit toe aan de nu reeds enige weken toegepaste medicatie.

Bij een bezoek van de huisarts een maand later in het verpleegtehuis blijkt patiënt goed vooruitgegaan te zijn. Hij zit weer op, is normaal gekleed en leest zijn krant. Hij is veel opgewekter en blijkt nu vlot te kunnen praten.

Het volgende gesprek met de huisarts vindt plaats.

Patiënt: prettig dat U komt dokter, het gaat goed.

Huisarts: U bent er echt doorheen.

Patiënt: Ja, van de week vroeg ik aan een van de dokters hier, is er nog iets aan mij te doen of is het een kwestie van opruimen? Oh nee, hadden de dokters gezegd, wij zijn zeer tevreden.

Huisarts: U bent er doorheen, U hebt het gehaald.

Patiënt: het is een wonder dokter.

Huisarts: inderdaad.

Patiënt: Ja, het is onverklaarbaar, ik was een eind weg dokter, een heel eind weg.

Waardoor is de patiënt er weer bovenop gekomen? De zuiver medisch-technisch ingestelde arts zal stellen dat het een gevolg is van de medicamenteuze behandeling. Maar hoe dan deze plotselinge wending ten goede te verklaren? Zou patiënt zelf hier niet gelijk hebben als hij het toeschrijft aan het bieden van een nieuw perspectief in zijn leven? De patient was adequaat behandeld voor zijn *ziekte*, maar was de *zieke mens* zelf ook behandeld en begeleid door het behandelend team? Waarom kon de huisarts hier iets doen dat essentieel leek te zijn voor het herstel van deze patiënt? De huisarts kende deze oude heer door maandelijkse bezoeken o.a. ter controle van zijn myodegeneratio cordis; hij kende zijn levensgeschiedenis, zijn sociale leefwereld. Door zijn langdurige relatie met hem kon hij op een kritiek moment ingaan op iets waar de patiënt vol van was en waar nog een duidelijke taak voor hem was weggelegd. De huisarts accepteerde hem ook zoals hij was. De patiënt kreeg weer hoop door het besef iets zinvol te kunnen doen, nl. het zich vrijwillig en belangeloos inzetten voor een belangrijke zaak.

Duidelijk is dat alleen de huisarts in staat was dit te bereiken. Voorwaarde is nl. kennis van de achtergrond van de patiënt, een langdurige vertrouwensrelatie en een volledig accepteren van de patiënt. Een medisch maatschappelijk werkster zou deze taak niet zo gemakkelijk van de

huisarts hebben kunnen overnemen, juist door haar gebrek aan kennis van het milieu van de patiënt, terwijl zij bovendien eerst een vertrouwensrelatie zou hebben moeten opbouwen.

Deze ziektegeschiedenis laat zien wat een huisarts voor zijn ziekenhuispatiënten kan betekenen, ook al is hij niet bij de directe behandeling betrokken.

Gedurende de 8 jaar dat ik als huisarts werkzaam was had ik regelmatig wekelijks mijn patiënten in het ziekenhuis bezocht. Zoals zo vaak in de huisartsenpraktijk had ik mij nooit goed rekenschap gegeven waarom ik dit eigenlijk deed, ik vond dat het erbij hoorde. Ik wist wel dat sommige huisartsen dit wél doen en anderen niet, maar wat hun motieven waren om het al of niet te doen en hoe de patiënt hier tegenover stond was mij onbekend.

Aan de hand van eigen ervaringen en van enkele literatuurgegevens kon ik mij een beeld vormen van wat de huisarts mogelijk voor zijn ziekenhuispatiënten zou kunnen doen (de Melker, 1971). Als self made huisarts beseftte ik dat deze gegevens sterk gekleurd blijven.

Meer en meer heeft de huisarts tegenwoordig de behoefte om zich van zijn handelen rekenschap te geven, zeker gezien tegen de achtergrond van de opgave tot opleiding van een nieuwe generatie huisartsen.

Een onderzoek naar de meningen van ziekenhuispatiënten, huisartsen en specialisten met betrekking tot het bezoeken van ziekenhuispatiënten zou ons meer inzicht kunnen verschaffen. Hieraan zal echter een literatuurverkenning over ziekenhuispatiënt, huisarts en specialist vooraf dienen te gaan.

I. LITTERATUURVERKENNING

'All there is of you is your body
and the you is withdrawn'.

(Elliot, The cocktailparty)

I.I. DE ZIEKENHUISPATIËNT

Wat gaat er om in een ziekenhuispatiënt?

Bij een onderzoek bij ziekenhuispatiënten kwam Bremer (1963) tot de bevinding dat zij het ziekenhuis als somber en bedreigend ervaren. Hij wijst op enkele karakteristieke kenmerken van de gevoelens en de situatie van deze patiënten:

een *sterke ambivalentie* t.o.v. het ziekenhuis: enerzijds bedreigend ('wat zullen ze met me doen'), anderzijds beveiligend ('ze knappen me weer op'); het verlies van de eigen *identiteit*, gevoelens van onvrijheid;

de *onoverzichtelijkheid* van de ziekenhuissituatie;

de zieke, zeker een bedpatiënt, bevindt zich in een beperkte leefwereld waarin hij tijd en ruimte anders beleeft dan in het gewone bestaan.

De wereld vervaagt, de tijd vertraagt.

De onoverzichtelijkheid van de ziekenhuissituatie wordt volgens Bremer versterkt door het gebrek aan voorbereiding en uitleg over de dingen die om hem heen en met hem zullen gebeuren. Sommige auteurs menen dat deze onzekere situatie tot reactivering van kinderlijke fantasieën en angsten kan leiden (Barnes, 1961, Ellerbeck, 1961). Lucente en Fleck (1972) vonden bij een onderzoek in 4 ziekenhuizen, dat patiënten in grotere ziekenhuizen angstiger waren dan die in kleinere ziekenhuizen. Elisabeth Barnes, die een samenvatting gaf van besprekingen van internationale studiegroepen over psychologische problemen in algemene ziekenhuizen, vond dat het gebrek aan voorlichting de belangrijkste klacht van ziekenhuispatiënten was. De verantwoordelijkheid hiervoor wordt door de verschillende ziekenhuisfunctionarissen op elkaar, meestal op de verpleegsters, afgeschoven. De oorzaak is volgens haar de angst voor de emoties die door gesprekken met patiënten zouden kunnen worden opgeroepen. De patiënt conformeert zich volgens Barnes aan de houding van de verpleegsters, door zijn emoties niet te uiten en neemt de rol van passieve zieke op zich uit angst de arts of verpleegster teleur te stellen. Ook Zwinkels (1969) vond bij een enquête bij ziekenhuispatiënten dat

het gebrek aan uitleg het voornaamste bezwaar tegen het ziekenhuis was, terwijl overigens het oordeel van patiënten toch zeer positief bleek te zijn. Hetzelfde vond Rutten (1962) bij interviews van niet-patiënten. Bedacht dient te worden dat negatieve opmerkingen bij dit interview meer van mensen komen die geen enkele ziekenhuiservaring hebben (Jessen, 1970). De tolerantie van ziekenhuispatiënten ten opzichte van het ziekenhuis wordt door andere onderzoekers bevestigd (Bremer, Mc. Ghee geciteerd door Brothersten 1963).

Schuit (1969-1971) formuleert de bezwaren tegen het ziekenhuis als bevoogding: 'Dokters houden je klein, zusters houden je dom.' Barnes citeert een familielid van een ziekenhuispatiënt: 'De haast was zo groot dat geen rekening kon worden gehouden met persoonlijke aandacht en bezorgdheid van de patiënt.' Ellerbeck gaat wel ver als hij de ervaring van een ziekenhuispatiënt beschrijft: 'Temidden van al het staal en nikkel is hij als verloren overgeleverd aan het onbarmhartige geweld van die koude, harde techniek, als een product dat in revisie is in een fabriek.' Het ziekenhuis lijkt een werkplaats geworden, een bedrijf dat winkels en woonhuizen exploiteert, hetgeen mede veroorzaakt wordt door de uitbreiding van de niet-medische staf (Boeke, 1971). Thiadens (1971^a) wijst op het feit dat de moderne mens zich niet aan de vertechniseerde wereld heeft kunnen aanpassen. Men leze ook Simone de Beauvoir's beschrijving van de ziekte van haar moeder in haar boek 'Une mort très douce' (1965): 'De dokter triomfeerde, die ochtend nog als dood had moeder nu een lange en ernstige ingreep doorstaan. Ongetwijfeld had hij technisch een meesterstukje geleverd en ongetwijfeld waste hij t.a.v. de gevolgen zijn handen in onschuld'. In zijn inaugurale rede heeft Wittebol (1971) nog eens benadrukt dat de arts, in dit geval de chirurg, de patiënt niet alleen vaktechnisch moet behandelen, maar dat hij moet beseffen dat ziek zijn een signaal is en dat hij de totale mens in zijn hele maatschappelijke en geestelijke milieusituatie moet leren zien. Schellekens-Ligthart (1969) wijst op negatieve ervaringen bij opname van kinderen in het ziekenhuis. Patiënten zouden te vaak met hun kwaal vereenzelvigd worden. Schreuder (1971) noemt de psychische en somatische gevaren van het ziekenhuismilieu, voornamelijk veroorzaakt door de overdreven plaats die het bed in het ziekenhuis inneemt.

Samenvattend blijkt volgens vele auteurs de patiënt in het ziekenhuis in een bijzondere situatie te verkeren, die vooral gekenmerkt wordt door beperkingen en ambivalentie, waarvan als belangrijkste oorzaak het gebrek aan voorlichting kan worden aangewezen. De gesignaleerde problemen lijken overigens niet voor alle patiënten te gelden. De positieve resultaten van de technische ontwikkeling in de geneeskunde worden uiteraard door niet-medici te weinig benadrukt.

I.2. HET BELANG VAN EEN GOEDE COMMUNICATIE VOOR DE BEHANDELING VAN DE ZIEKENHUISPATIËNT EN DE INVLOED VAN DE STRUCTUUR VAN HET ZIEKENHUIS OP DE COMMUNICATIE

'De heren hebben het altijd zo druk, ik kan niet van hen verwachten dat zij bij mij komen om naar mij te luisteren'.

(Elisabeth Barnes)

Uit het voorafgaande bleek het grote belang van het geven van informatie aan de ziekenhuispatiënt. In veel gevallen is het soort informatie dat door de arts of verpleegster aan de patiënt wordt gegeven alleen gebaseerd op hetgeen zij zelf belangrijk vinden en zou vaak meer ter geruststelling van henzelf dienen (Dumas, Anderson en Leonard 1965). Werkelijke tweezijdige communicatie met de patiënt, z.g. therapeutisch gedrag, bevat echter twee elementen (Cassee, 1970). Ten eerste informatie over ernst en aard der ziekte en de procedure bij behandeling en genezing. Ten tweede aanmoediging om te praten over angsten en zorgen, zodat men te weten komt wat de patiënt zelf wil weten. Het blijkt dat goede communicatie met ziekenhuispatiënten hen uit hun passieve rol kan halen en als zodanig een bijdrage kan leveren tot het herstel (Cassee, Brown, 1965, Uuskallio 1970). Dit zou o.a. gebeuren doordat door informatie de angst van de patiënt verminderd zou kunnen worden. Poslavy (1970) wijst erop dat goede voorlichting de mondigheid kan bevorderen. Volgens van Leent (1970) is het wel van belang te onderkennen dat de roep om mondigheid van niet-patiënten is uitgegaan. De arts zou de mondige patiënt nodig hebben omdat een deel van zijn beslissingen op sociale waarden berust en niet op objectieve gegevens. Querido (1970) meent dat mondigheid problematisch blijft tengevolge van de dominerende invloed van de arts op zijn patiënt.

Over de invloed van de communicatie met de patiënt is veel experimenteel onderzoek verricht. Dumas e.a. toonden aan dat door goede voorbereiding op een operatie angst verminderd kan worden. Hierdoor zou postoperatief braken minder voorkomen.

Pride (1968) toonde aan dat bij een beter over het genezingsproces geïnformeerde groep patiënten de psychische spanning verminderd kon worden, tengevolge waarvan een lager kaliumgehalte in de urine kon worden aangetoond.

Tryon en Leonard (1966) vonden dat door betere nonverbale acceptatie van patienten een klysma een beter effect had.

Tellegen (1970) citeert een onderzoek van Johnson waarbij een groep

geopereerde patiënten die beter op de operatie voorbereid waren, gemiddeld een dag eerder ontslagen kon worden.

Meyers (1965) toonde bij een experimentele procedure aan, dat door het geven van specifieke informatie een vermindering van de spanning bij de patiënten optrad.

Janis (1958) vond dat normale uitingen van angst vóór een operatie door goede begeleiding opgeroepen en verwerkt konden worden. Bij afwezigheid van uitingen van angst vóór de operatie bleken postoperatief grote psychische spanningen op te treden.

Zoals reeds eerder vermeld is meent Barnes dat het gebrek aan communicatie met ziekenhuispatiënten voort zou komen uit de angst van arts of verpleegster voor de daarbij opgeroepen eigen emoties. Therapeutisch gedrag is dan ook 'riskant' gedrag (Cassee).

Menzies (1960) beschrijft een sociaal afweermechanisme tegen de opgeroepen angsten bij confrontatie van verpleegsters met spanningen van patiënten (b.v. vergaande taakverdeling en rituele taakuitoefening, ontkenning van gevoelens, onderhandse herverdeling van verantwoordelijkheid). De patiënt wordt geleerd emoties te verdringen, gehoorzaam en flink te zijn.

Bergsma (1971) meent dan ook dat ziekenhuisfunctionarissen de mondige patiënt 'lastig' vinden.

Skipper (1965) meent dat het gebrek aan communicatie functioneert als zelfbescherming voor arts en verpleegster, ook tegen eventueel gemaakte fouten.

Barnes benadrukt het feit dat de arts als student geleerd heeft een objectiverende houding ten opzichte van de patiënt aan te nemen; deze houding zal hem later bij confrontatie met de patiënt als mens, na eerst jaren lang alleen kennis verzameld te hebben, tot dekmantel dienen van eigen onzekerheid.

Lammers (1967) beklemtoont de nadelige invloed van de z.g. 'kasteachtige' structuur van het ziekenhuis op de onderlinge samenwerking van ziekenhuisfunctionarissen en daardoor op de communicatie met de patiënt.

Seeman en Evans (1961) toonden aan dat de communicatie met ziekenhuispatiënten beter is naarmate op de afdeling van het ziekenhuis een minder strenge hiërarchie bestaat. Betere onderlinge communicatie leidt volgens deze auteurs tot betere communicatie met de patiënt.

Revans (1964) kon aantonen dat door betere onderlinge samenwerking tengevolge van een goede communicatie het herstel van de patiënten bevorderd kon worden. De verpleegduur van bepaalde, voornamelijk interne ziekten, kon hierdoor verkort worden. Ook hij benadrukt dat angst de communicatie blokkeert, tengevolge waarvan de angst weer toeneemt etc.

Skipper meent dat deze cirkelgang voortkomt uit het misverstand van de ziekenhuisfunctionaris dat door voorlichting de patiënten juist angstig worden. De toegenomen angst tengevolge van het gebrek aan voorlichting is voor hen dan juist weer een reden nog minder uitleg te geven.

Leigh e.a. (1971) beschrijft een aantal experimenten ter bevordering van de communicatie in het ziekenhuis.

Als conclusie zou men kunnen stellen dat voorlichting van belang is voor de patiënt en dat deze mogelijk kan bijdragen tot herstel van de patiënt. Artsen en verpleegsters hebben echter niet geleerd de opgeroepen emoties te verwerken. Hierdoor kunnen afweermechanismen in werking treden, zich o.a. uitend in een strenge hiërarchische structuur van het ziekenhuis.

I.3. DE VERANDERING VAN PLAATS EN FUNCTIE VAN HET ZIEKENHUIS IN DE GEMEENSCHAP

'Als reactie op de chaos van het gasthuis nu de discipline van een oorlogsschip'. (Querido)

Querido (1967) beschrijft de historische ontwikkeling van het ziekenhuis. In de Middeleeuwen had het ziekenhuis een sociale functie in de zin van de zorg voor de behoeftige medemens. Het diende niet om genezing te bevorderen, maar om bescherming tegen bepaalde ziekten te bieden. In de 19e eeuw vond door de ontwikkeling van de natuurwetenschap een wedergeboorte van de geneeskunde plaats. De arts kreeg in het ziekenhuis zijn werkplaats, de nadruk verschoof van verpleging naar medische behandeling. Tengevolge van de medisch-technische behandeling richtte zich de aandacht meer op de ziekte als object dan op de zieke als subject. Dit bracht niet alleen vervreemding tussen verschillende takken van de geneeskunde met zich mee, maar ook een toenemende scheiding van het ziekenhuis en de gemeenschap.

Bekkering (1971) wijst op positieve aspecten van de vertechnisering van de geneeskunde: betere registratie en gemakkelijke overdracht van ervaring.

Bremer (1971) meent dat de drie historische stadia van het ziekenhuis er nu nog in terug te vinden zijn. Er is sprake van het ziekenhuis als

gast- en verzorgingsverblijf ('toevluchtsoord');

verpleeginrichting ('oord der verschrikking');

behandel- en onderzoeksinstituut (gedwongen verblijfplaats).

Ook hij benadrukt de vervreemding van het ziekenhuis van de gemeenschap. Bij de bouw van ziekenhuizen wordt dan ook meer rekening gehouden met de werkwijze van de arts dan met het comfort van de zieke.

Plooy (1966) meent juist dat bij de inrichting van het moderne ziekenhuis meer met de mens rekening gehouden wordt.

Thiadens (1971^b) wijst erop dat het ziekenhuis primair een huis voor zieken moet zijn en geen eilandfunctie in de samenleving mag hebben. Dit gevaar dreigt volgens hem doordat het ziekenhuis een medisch-technisch centrum is geworden waar geneeskunde in strikte zin op organisch-biologisch niveau bedreven wordt. Dit zou dan in tegenstelling staan tot wat hij noemt 'de gezondheidszorgkunde' *buiten* het ziekenhuis, die zich richt op de totale mens in zijn milieu.

Van Loon (1971) signaleert een dergelijke polarisatie in de gezondheidszorg in de zin van een biomedische, technische tegenover een meer maatschappij-gerichte gezondheidszorg.

Het is duidelijk dat door dit alles de functie van het ziekenhuis veranderd is en er een discontinuïteit in de gezondheidszorg is ontstaan (Mertens, 1958).

Een andere verschuiving in taak en functie van het ziekenhuis komt voort uit een veranderd mozaïek van patiënten: meer bejaarden, meer verkeersslachtoffers (v. Welten 1968, resp. Plooy). Vooral de bejaarden brengen specifieke problemen met zich mee waarop het ziekenhuis nog te weinig is afgestemd (Schreuder, 1972).

1.4. DE ROL VAN ENKELE WERKERS IN HET ZIEKENHUIS

1.4.1. *De arts*

In de relatie arts-patiënt zijn met Winkler Prins (1966) twee dimensies te onderscheiden:

- een instrumentele, meer professioneel gerichte dimensie;
- een expressieve, personele dimensie.

Gezien het voorafgaande zal het duidelijk zijn dat er voornamelijk sprake is van een instrumentele relatie van de ziekenhuisarts met de patiënt.

Volgens Ellerbeck zouden sommige patiënten in de arts een vaderfiguur zien en daardoor soms ambivalent tegenover hem staan. Bremer ontkent deze z.g. regressietheorie.

Van belang is wel dat de arts zich in ieder geval niet laat verleiden tot een houding die infantilisering kan bevorderen, maar de patiënt juist helpt zijn ziek zijn te verwerken en te aanvaarden (Faber, 1968). De relatie specialist-patiënt zou volgens Bergsma meestal partieel gericht zijn nl. op één aspect van het ziek zijn.

De Jong (1972) meent dan ook dat de ziekenhuispatiënt recht heeft op een persoonlijke arts die hem tijdens de opname begeleidt.

De status van de ziekenhuisarts is hoog en komt tot uiting in zijn relatie tot de verpleegster, bv. bij de grote visite (Lammers). Cassee (1967) meent

op grond van onderzoek, dat binnen het ziekenhuis de minste interactie plaats vindt tussen arts en verpleegster en dat de arts ook niet geneigd is de hoofdverpleegster op zijn terrein toe te laten.

1.4.2. *De verpleegster*

Hoewel de verpleegster in de ziekenhuishiërarchie pas op de tweede plaats komt, vond Bremer bij zijn onderzoek dat in de waardenhiërarchie van de patiënt zij juist primair staat. Ellerbeck onderscheidt bij de verpleegster twee functies:

een zorgende, verplegende functie;

een functie als helpster van de arts bij de behandeling van de patiënt.

Haar eerste functie zou ertoe kunnen leiden dat ziekenhuispatiënten bescherming bij haar zoeken. Volgens Ellerbeck zou zij zelfs voor enkele patiënten als 'moederfiguur' fungeren. Deze visie wordt, zoals reeds eerder opgemerkt, door Bremer op grond van de bevindingen van zijn onderzoek bestreden. De verpleegster dient er wel voor te waken dat zij de patiënten niet te afhankelijk van haar maakt.

In haar tweede functie is zij ondergeschikte van de arts, ze fungeert als tussenpersoon. In deze twee functies ziet Ellerbeck een tegenstelling, die volgens hem voortvloeit uit de tegenstelling ziek zijn-ziekte hebben. Conran (geciteerd in een editorial in *The Lancet* 1970) wijst er dan ook op dat door de technische ontwikkeling de afstand arts-patiënt groter geworden is. De verpleegster zou de angst en het lijden van de patient vaak moeten opvangen.

1.4.3. *De medisch maatschappelijk werkster*

In sommige ziekenhuizen is een medisch maatschappelijk werkster werkzaam en opgenomen in het behandelingsteam (Romme, 1972). Zij kan een rol spelen bij het ontslag van de ziekenhuispatiënt (Schreuder, 1972). De maatschappelijk werkster zou door haar niet-autoritaire benadering van de patiënt de antipode van de arts in het ziekenhuis zijn (Drogendijk, 1968). De ziekenhuisarts heeft nu eenmaal een grote verantwoordelijkheid en moet vaak zijn gezag laten gelden. De maatschappelijk werkster is ook getraind in gespreksmethodieken die de patiënt in staat stellen met zijn problemen en gevoelens naar voren te komen en kan daardoor de patiënt uit zijn passiviteit halen.

Ellerbeck meent overigens dat haar taak slechts beperkt is, daar zij tenslotte geen relatie met de ziekenhuispatiënt heeft in tegenstelling tot de huisarts, die hij daarom meer de aangewezen figuur vindt om deze problemen op te vangen.

Zofia Butrym (1970) meent eveneens dat de maatschappelijk werkster,

doordat zij niet direct verantwoordelijk is voor de medische behandeling en de verpleging, de patiënt meer persoonlijk kan benaderen.

Ook Faber wijst erop dat de maatschappelijk werkster de patiënt kan leren zichzelf te helpen.

1.4.4. *De pastor*

De pastor is iemand die een bijdrage kan leveren tot verpersoonlijking van de ziekenhuissituatie; de patiënt is voor hem geen manipuleerbaar object (Faber). Hij ziet de patiënt als medemens in een bijzondere situatie. De pastor voelt zich in het ziekenhuis echter vaak een vreemde, hetgeen zijn onzekerheid in de hand werkt. De bedreiging van het ziekenhuis zou volgens Faber hem nog meer parten kunnen spelen dan de ziekenhuispatiënt zelf.

Ellerbeck wijst erop dat ziek-zijn altijd een verwijzing naar de dood inhoudt, in de zin van aanvaarding van de dood en de vraag naar de diepste bestaanszin van de mens. Bij ziekte komt onze fundamentele kwetsbaarheid aan het licht, wat een actualisatie van latente roep om hulp betekent (Thung, 1972). Het is duidelijk dat voor de pastor in het ziekenhuis een belangrijke taak is weggelegd.

Van Tienen en Vergouwen (1972) menen dat de ziekenhuissituatie kan leiden tot bewustwording van levensvragen, in casu de vraag naar de zin van het leven.

Binnen het ziekenhuis kan de relatie pastor-patiënt echter een ambivalent karakter krijgen volgens Faber, omdat voor de angstige patiënt het verschijnen van de pastor aan zijn ziekbed de onzekerheid over de afloop van zijn ziekte in zekerheid kan doen verkeren.

Een belangrijk probleem is dat bij de arts en de verpleegster grote weerstanden tegen de stervende bestaan (Kübler Ross, 1969). Zo bleken verpleegsters langzamer te reageren op een signaal van een stervende patiënt (Le Shan, geciteerd door Berger, 1968). Ook Faber wijst erop dat de moderne mens meer geneigd is te protesteren tegen het lijden dan te proberen het te aanvaarden. In het moderne ziekenhuis wordt dit uiteraard nog in sterke mate geaccentueerd door de grote mogelijkheden van de medische technologie. Tegelijkertijd treedt daarmee echter eenzaamheid en machteloos protest sterker naar voren. Volgens deze auteur heeft dit voor het werk van de pastor als consequentie dat hij niet moet terugrijpen op vaste vormen en tradities, maar vooral moet proberen er te zijn in de zin van solidair zijn met de mens in zijn ziekte.

In het moderne ziekenhuis wordt de strijd tegen de dood tot het bittere einde gestreden: noch de medische, noch de verplegende staf aanvaarden de dood. De patiënt gaat hierin een heel groot stuk met hen mee. Rutten vond dan ook dat het publiek niet meer met ernstig zieken geconfronteerd

wil worden. Van den Berg (1970) wijst erop dat vroeger ziekte en dood voor iedereen zichtbaar waren. Thans is er voor de dood geen plaats in het oord der genezing.

Faber meent dat het klimaat van het ziekenhuis de patiënt doet wankelen tussen een haast magisch geloof in de mogelijkheden van de moderne medische wetenschap enerzijds, en depressieve angst dat het wel niets met hem zal worden anderzijds. Bovendien kunnen juist de vele technische mogelijkheden waarover het ziekenhuis beschikt suggereren dat de situatie ernstig is. Het is duidelijk dat het werk van de pastor in dit klimaat niet eenvoudig is.

1.5. DE HUISARTS IN HET GEHEEL VAN DE GEZONDSHEIDSZORG

Willen we de relatie ziekenhuispatiënt-huisarts nader beschouwen, dan lijkt plaatsbepaling en taakomschrijving van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg geboden. De taak en de functie van de huisarts wordt in het z.g. 'Woudschotenrapport van 1959' (1966) omschreven als het verlenen van continue, integrale en persoonlijke zorg aan de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Sommigen betwijfelen of de moderne huisarts nog in staat is aan deze hoog gestelde eisen te voldoen (van Trommel 1971). Wil de huisarts deze taak nog kunnen volbrengen, dan lijken essentiële veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg en in de opleiding van de a.s. huisarts noodzakelijk (van Trommel 1970, Dijkhuis 1970). Voor een goed begrip van de positie van de huisarts in de toekomstige structuur van de gezondheidszorg is het van belang zich het volgende te realiseren:

Zijn taak verschuift meer en meer van 'cure' naar 'care' (Huygen, 1970, Dokter, 1971). De arts van het 'eerste échelon' dient niet alleen maar passief af te wachten welke patiënten zijn hulp inroepen. Uit een aantal onderzoeken is duidelijk geworden dat de gepresenteerde morbiditeit, d.w.z. die morbiditeit die de arts ter kennis komt, slechts een gering deel vormt van het totaal van de ervaren gezondheidsstoornissen (van der Velden, 1971).

De invloed van het gezin en het totale leefmilieu van de patiënt op het ontstaan van ziekten en omgekeerd tekent zich steeds duidelijker af (Huygen, 1968).

Het morbiditeitspatroon van de huisartsenpraktijk is totaal anders dan dat van de ziekenhuisgeneeskunde (Fry, 1966, Hodgkin, 1966, Oliemans 1969).

Het zal uit het bovenstaande duidelijk geworden zijn dat de huisarts niet in staat kan worden geacht zelfstandig alle aspecten van het ziek zijn en de preventie daarvan te begeleiden. Hieruit vloeit de tendens voort de

huisarts in een team voor primaire gezondheidszorg te laten werken, al of niet in hetzelfde gebouw (Huygen, 1970). Als voordeel van deze samenwerking met anderen zou men kunnen noemen:

De continuïteit van de zorg zal door samenwerking met collegae beter gewaarborgd kunnen worden. Ook de huisarts zal zich steeds meer aan het tijdsbeeld conformeren, waardoor hij geneigd zal zijn ook meer vrije tijd voor zich op te eisen (van Trommel, 1971).

Door nauwere samenwerking in teamverband met andere hulpverleners als wijkverpleegster, maatschappelijk werkster, pastor, is hij beter in staat het verlenen van integrale zorg te benaderen.

Door samenwerking met vertegenwoordigers van de gedragswetenschappen kan de huisarts als gezinsarts meer oog krijgen voor de gezinsdynamiek en de betekenis hiervan t.a.v. ziekte en gezondheid in het gezin.

Samenwerking kan een zelfkritische houding bevorderen, met name wat betreft zijn houding in de relatie met zijn patiënten.

De huisarts zal zijn eigen identiteit kunnen hervinden wanneer hij beseft dat hij een deskundige is die bepaalde taken op zich kan nemen die door geen ander overgenomen kunnen worden. Deze specifieke deskundigheid ligt opgesloten in het feit dat de huisarts werkt in het spanningsveld van twee werelden: de medische- waar hij als arts toe behoort en de sociale leefwereld waarvan hij door zijn relatie met zijn patiënten eveneens deel uitmaakt (van Aalderen, 1971).

De huisarts moet gevoelig zijn voor alle aspecten van het ziek zijn. Alle andere deskundigen in de gezondheidszorg, zowel van de eigen discipline als van de andere disciplines kunnen steeds slechts één aspect van de zieke mens trachten te benaderen. Bovendien ziet alleen de huisarts, volgens bovengenoemde auteur, de patiënt met zijn oorspronkelijke klacht. Onder invloed van het contact met andere deskundigen zal de klacht van de patiënt immers aan verandering onderhevig zijn. Deze specifieke deskundigheid van de huisarts is voor ons onderzoek van essentieel belang. Het gaat dus thans niet meer om de vraag wat de huisarts allemaal wel zou kunnen doen, maar welke taken hij beter zou kunnen verrichten dan andere hulpverleners.

1.6. DE VERHOUDING INTRAMURALE-EXTRAMURALE ZORG

'Ziekenhuisgeneeskunde is geneeskunde in vitro,
huisartsgeneeskunde is geneeskunde in vivo'
(Barber)

Het in 1.3. gesignaleerde vervreemdingsproces tussen het ziekenhuis en de gemeenschap komt ook tot uiting in de verhouding intramurale-extramurale zorg. Zo wijst Stolte (1957) erop dat de huisarts, die vroeger

nog wel eens in een klein ziekenhuis zelf patiënten behandelde, thans geheel uit het ziekenhuis is verdrongen. Het ziekenhuis is de werkplaats van de specialist geworden. Omgekeerd komt het vrijwel niet meer voor dat de specialist als consulent bij de patiënt thuis komt. Dit is volkomen begrijpelijk, daar hij niet meer kan werken zonder zijn technische hulpmiddelen en zijn hulppersoneel (Mertens, 1964).

Schreuder (1972) meent dat de huisarts zich nog wel in de gedachtenwereld en de werkwijze van de specialist kan verplaatsen, terwijl de laatste vaak slecht op de hoogte is van de mogelijkheden en moeilijkheden van de algemene praktijk. Deze ontwikkeling wordt nog versterkt doordat specialisten vaker dan vroeger patiënten zelf gaan behandelen. Vele auteurs zijn van mening dat de specialist meer een consultatieve functie als adviseur van de huisarts zou moeten gaan vervullen. (Stolte, Meyers 1964, van Mansfelt, 1971, Versteegh, 1972, Haan, 1965-1966).

Ook in Engeland is een historisch gegroeide 'gap' tussen ziekenhuisarts en huisarts te constateren (Lightwood, 1963, Smith, 1970). Evans (1971) signaleert een superieure attitude van de ziekenhuisarts ten opzichte van de huisarts en pleit voor samenwerking van huisarts en specialist als gelijkwaardige partners. Op een colloquium van Vlaamse huisartsen te Beerse werd eveneens voor intensieve samenwerking gepleit (1970).

Tengevolge van het feit dat huisartsen tot nu toe vrijwel uitsluitend door specialisten worden opgeleid blijven eerstgenoemden vaak onbewust in een leerling-leraar verhouding ten opzichte van de specialisten staan (Balint, 1964).

Vele auteurs bepleiten een betere afstemming van de intramurale op de extramurale zorg (Andriessen, 1971, Leenen, 1972, Stuyt, 1971, van Mansvelt, 1972). De ziekenhuisplanning dient in relatie tot de planning in de extramurale zorg te staan, waarbij niet het aantal bedden maar het totaal aan behandel functies getoetst aan de behoeften binnen de extramurale zorg centraal dient te staan (Querido, 1967, Hoefnagels, 1972). Op deze wijze wordt het ziekenhuis een schakel in de keten van voorzieningen (Stuyt).

Sommige auteurs signaleren een onevenredige uitgroei van de ziekenhuisgeneeskunde ten koste van de extramurale voorzieningen (Phaff, 1971, Appels en Iemhoff, 1972). Bremer spreekt over de 'zuigkracht' van het ziekenhuis. Leenen vraagt zich af of tussen de intra- en extramurale zorg niet de wet van de competitieve uitsluiting werkzaam is, welke zonder sturing er toe zal leiden dat het intramurale subsysteem het extramurale zal verdringen. Stuyt (1972) wijst op de blokkade van de intramurale voorzieningen door groepen patiënten die begeleiding van andere hulpverleners nodig hebben. Uit onderzoek in Engeland is gebleken dat door alternatieve vormen van hulpverlening door de huisarts 1/3 van de beddagen bespaard zou kunnen worden (Loudon, 1972). Volgens Torrance

e.a. (1972) zou voor 1/4 van de opnames geen specialistische hulp noodzakelijk zijn.

Door het beschikbaar stellen van eigen bedden aan de huisarts is een nog grotere vermindering van het aantal ziekenhuisopnames te realiseren (Burrowes, 1971).

Acute opnames in verband met onderzoek of op sociale indicaties betekenen dikwijls falen van de extramurale zorg (Illingworth, 1972).

Stolte (1961) meent dan ook dat overbelasting van de huisarts soms de reden van ziekenhuisopname is.

Crombie en Cross (1963) menen dat 12% van de ziekenhuispatiënten alleen hotelzorg nodig hebben. Men zou daarbij aan de inrichting van ambulatoria kunnen denken (Service Management, 1972).

Het voorkomen van ziekenhuisopname dringt des te meer indien we ons de psychische en somatische gevaren van ziekenhuisopnames realiseren (Mertens, 1969, Schreuder) en de zeer hoge kosten aan ziekenhuisverpleging verbonden (Hattinga Verschure, 1971). Juist voor die categorie patiënten die vaak opgenomen worden (bejaarden, probleempatiënten) is het gevaar verbonden aan ziekenhuisopname het grootst (Davis, 1970, van Welten).

Boerema (1971) toonde aan dat voor chirurgische patiënten verkorting van de opname zeer goed mogelijk is.

Wil men streven naar minder ziekenhuisopnames en een kortere opnameduur dan zullen de extramurale voorzieningen dus bevorderd dienen te worden, hetgeen ook door vele auteurs bepleit wordt (Thiadens, 1971, Hattinga Verschure).

De vraag waarom door velen wel betere extramurale voorzieningen worden bepleit, maar niet gerealiseerd worden, wordt door enkele auteurs besproken. Bergsma meent dat de patiënt het ziekenhuis met *de* gezondheidszorg identificeert. Een aantasting van het ziekenhuis wordt als een aanval op de *gehele* gezondheidszorg gezien, reden waarom geen politicus het zal wagen openlijk tegen het ziekenhuis te kiezen. Leenen meent dat de bevolking de extramurale zorg als geneeskunde van eenvoudiger soort beschouwt. Anderzijds streeft de extramurale zorg juist een breder doel na, doordat deze ook een breder gezondheids- en ziektebegrip hanteert.

Appels en Iemhoff menen, dat het stellen van prioriteiten aan de hand van de behoeften niet een vast gegeven is, maar dat waarde-oordelen daarbij een rol spelen. Hij ziet vele intramurale superspecialistische voorzieningen als prestige-objecten. Lammers en Cassee (1971) menen dat het ziekenhuis als 'glamour' instituut fungeert, waarin het geloof in de suprematie van wetenschap en techniek bevestigd wordt. De arts kan er de meest existentiële bedreiging van het bestaan bedwingen.

De Groot (1970) spreekt van de sleutelpositie van het ziekenhuis in de

maatschappij doordat het steeds effectiever lijden en dood uit de samenleving kan weren. Hierbij zij nog eens verwezen naar het in 1.4.4. gestelde betreffende stervens- en doodsproblematiek.

Samenvattend blijken vele auteurs de kloof tussen intra- en extramurale zorg te signaleren, evenals de onevenredige uitgroei van de eerste ten koste van de tweede. Er wordt wel gepleit voor verbetering op grond van menselijke, medische en economische overwegingen. Deze blijven echter om emotionele beweegredenen en door overwaardering van de ziekenhuisgeneeskunde achterwege.

1.7. ZIEKENHUISPATIËNT EN HUISARTS

Wat kan de huisarts zelf doen om de beschreven kloof tussen intra- en extramurale zorg te overbruggen; wat kan hij voor de ziekenhuispatiënt betekenen? Deze vraag klemmt des te meer gezien het feit, dat sommige auteurs menen dat deze overbrugging niet dient te geschieden door een verdere uitbreiding van het ziekenhuis bv. in de vorm van nazorgdiensten. Dit zou uitholling van het werk van de huisarts betekenen (Dijkhuis, 1969, Mertens, 1964). Ook in vorige paragrafen bleken vele auteurs van oordeel dat verdere uitgroei van het ziekenhuis niet wenselijk is. Wel kan het ziekenhuis door het verlenen van meer faciliteiten aan de huisarts op het gebied van röntgendiagnostiek, laboratoriumbepalingen enzovoorts de extramurale zorg versterken (Haan, Mertens).

Wat de taak van de huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten aangaat, denken veel auteurs in de geest van de gegeven taakomschrijving van de huisarts. Door het inschakelen van de huisarts bij de zorg voor de ziekenhuispatiënt lijkt de *continuïteit* beter gewaarborgd te worden. De verantwoordelijkheid van de huisarts houdt niet op bij de drempel van het ziekenhuis (Haan, Revans 1964, Smith, Stolte 1958). De patiënt heeft de huisarts zelf gekozen en overlegt meestal met hem naar welke specialist hij zal gaan. De huisarts zou bij het ontslag van de ziekenhuispatiënt betrokken moeten worden omdat hij de gezinssituatie en de mogelijkheden thuis beter kent (Stolte, Mertens). Volgens Thiadens (1969) zou de huisarts ertoe kunnen bijdragen dat patiënten sneller ontslagen kunnen worden. Bremer meent dat men in het ziekenhuis te weinig weet van de terugkeer van de ziekenhuispatiënt naar het normale leven. Daar de huisarts als gezinsarts alle aspecten van het ziek zijn kan overzien, zou hij als coördinator binnen het ziekenhuis een rol kunnen vervullen voor een meer *integrale* zorg (Filippini, 1967, Jones, 1965, Evans, Mediatrix, 1962). Hij zou een tegenwicht kunnen vormen tegen het gevaar van het zuiver somatisch denken van de ziekenhuisarts. Balint meent dat dit laatste voortkomt uit de vrees een lichamelijke afwijking over het hoofd te zien

als men ook psychosociale facetten van het ziek zijn in zijn overwegingen zou betrekken. Hierbij gaat men van de veronderstelling uit dat het erger is een lichamelijke afwijking dan een psychosociaal probleem over het hoofd te zien. Balint acht dit een halve waarheid.

Thiadens wijst op de invloed die een opname van een van de gezinsleden op het gezin kan hebben. De huisarts kan hier een belangrijke inbreng hebben (de Melker en Gieling, 1972).

De *persoonlijke* zorg kan de huisarts verbeteren door het geven van uitleg aan de patiënt (Ruhe, 1964). Juist omdat de huisarts de patiënt en zijn leefwereld kent kan hij ervoor zorgen dat deze uitleg aansluit bij hetgeen de patiënt wil weten (Keable Elliott e.a., 1964). Jones en Evans benadrukken het geven van verantwoordelijkheid aan de huisarts om hem te motiveren ziekenhuispatiënten te bezoeken. Door erkenning van het belang van de sociale leefwereld van de patiënt kan de huisarts mogelijk een tegenwicht vormen tegen de nu eenmaal noodzakelijke vertechnisering in het ziekenhuis (Filippini, Stolte, van Mansvelt, 1971, Querido). De invloed van de levensomstandigheden van de patiënt op het beloop van zijn ziekte is zeer groot. Zo vond Querido (1959) bij een na-onderzoek van ziekenhuispatiënten, dat van de patiënten met spanningen een geringer aantal in een bevredigende toestand verkeerde dan het geval was bij patiënten die geen spanningen hadden. De prognose op grond van uitsluitend medische gegevens bleek onnauwkeuriger dan een voorspelling op grond van een meer integrale waardering. De noodzakelijke hulp van bv. caseworker, maatschappelijk werker dient al in het ziekenhuis onderkend en gecoördineerd te worden.

Stolte meent dat de huisarts als rem kan fungeren bij de tendens tot perfectionisme in het ziekenhuis.

Ellerbeck stelt dat de ziekenhuispatiënt behoefte heeft aan één arts, die hem in zijn ziek zijn ook als mens benadert.

Indien we onze patiënt uit de inleiding in herinnering roepen, dan blijken alle genoemde functies van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënt daar geïllustreerd te worden.

Hoe kan de huisarts dit alles in de praktijk realiseren?

In de eerste plaats dient de huisarts de specialist adequaat in te lichten over de op te nemen patiënt wat betreft doorgemaakte ziekten, reeds verricht onderzoek, therapie, het leefmilieu en de persoonlijkheid van de patiënt (van Deen, 1967, Mertens, Lightwood, Report King Edwards Hospital Fund, 1964). Bovendien is voorbereiding van de patiënt op de opname van groot belang, inclusief het verstrekken van gegevens over de gang van zaken in het ziekenhuis (Ellerbeck). Jessen wijst met nadruk op het feit dat de patiënt zich zelden vóór zijn opname heeft kunnen voorbereiden op zijn rol als patiënt.

In de tweede plaats dient de huisarts op de hoogte te worden gesteld als de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen (Mertens, Report King Edwards Hospital Fund). We dienen te bedenken dat soms tussen het moment waarop de indicatiestelling plaats vond en de realisering van de opname veel tijd verlopen kan zijn. Soms is de indicatie niet door de huisarts zelf gesteld.

Vervolgens zou de ziekenhuisarts de huisarts op de hoogte moeten houden van belangrijke ontwikkelingen betreffende het diagnostisch en therapeutisch proces, hetzij mondeling, hetzij door middel van tussentijds bericht (Stolte, Haan, Mertens, Report King Edwards Hospital Fund). Hierdoor wordt de huisarts beter in staat gesteld zijn taak bij ziekenhuispatiënten te vervullen, b.v. door te helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen als operaties en het geven van uitleg. Vanzelfsprekend is het inzien van de status van de patiënt eveneens van groot belang (Haan, Report King Edwards Hospital Fund). Door het evt. bijwonen van stafbesprekingen zou de huisarts in staat worden gesteld zijn eigen inbreng te geven, vooral bij patiënten met ingewikkelde problematiek (Ruhe, Mertens, Jones, Revans). Sommige auteurs menen dat de huisarts als coördinator zou kunnen optreden in het ziekenhuis, al of niet als staflid. (Filippini, Evans, Jones).

Thiadens ziet de huisarts als coördinator in het ziekenhuis tussen ziektebehandelaars en ziektebegeleiders. Hij zou een sleutelpositie in z.g. patiëntenraden moeten innemen.

Stolte beveelt het instellen van studiegroepen van huisartsen en specialisten aan om o.a. het individualisme binnen beide disciplines te doorbreken.

De vraag of de huisarts ook zelf patiënten in het ziekenhuis zou moeten kunnen behandelen wordt in Nederland door slechts enkele auteurs aan de orde gesteld, zonder dat een duidelijke uitspraak wordt gedaan (Stolte, Haan). In Engeland zijn veel huisartsen parttime werkzaam in het ziekenhuis o.a. in de z.g. cottage-hospitals (Evans, Smith, Oddy, 1963, Keable Elliott e.a.). Evans wijst op het gevaar dat de hierdoor verkregen kennis op een bepaald aspect van het ziek zijn ten koste gaat van zijn positie als generalist. Anderzijds zou het volgen van specifieke interessen ook een voordeel kunnen zijn en zou de opgedane ervaring in het ziekenhuis de patientenzorg in de gemeenschap ten goede kunnen komen. Keable Elliott e.a. zien als voordelen:

1. Voordelen voor de patiënt: continuïteit van de behandeling.
2. Voordeel voor het ziekenhuis: de huisarts kan als 'middleman' optreden en daardoor het evenwicht tussen de verschillende specialisten in het ziekenhuis bewaren.
3. Voordelen voor de huisarts: het doorbreken van zijn isolement.

In België wijst Délille (1970) op het belang van het opnemen van patiënten door huisartsen in het ziekenhuis zonder tussenkomst van de specialist, voornamelijk voor die gevallen die hij thuis ook zou kunnen behandelen. Mann (1971) beschrijft een succesvol experiment in Israël, waarbij huisartsen parttime als stafleden in een ziekenhuis werkzaam zijn. Het is echter duidelijk dat buitenlandse situaties zo anders zijn, dat vergelijking bijzonder moeilijk is.

Smith meent overigens dat vooral een statuskwestie bij jonge huisartsen een rol speelt bij hun wens in het ziekenhuis te gaan werken.

Hoewel door velen een taak van de huisarts in het ziekenhuis wordt bepleit en uit het bovenstaande duidelijk is dat functie en taakomschrijving van de huisarts zeer wel aansluit bij de hem daarbij door verschillende auteurs toebedachte taken, lijken de voorgestelde verbeteringen niet eenvoudig te realiseren.

2. HET EIGEN ONDERZOEK, OPZET EN UITVOERING

'Men weet eigenlijk slechts zolang men nog weinig weet; hoe meer men weten gaat, hoe meer men gaat twijfelen'.
(Goethe)

2.1. AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK

Uit het eerste hoofdstuk is duidelijk geworden dat er een discrepantie bestaat tussen het feit dat diverse auteurs wel wijzen op de 'gap' tussen intra- en extramurale zorg en aanwijzingen voor verbeteringen geven met een bijzondere rol voor de huisarts, maar dat weinig onderzoek is verricht dat deze theorieën en ideeën zou kunnen ondersteunen. In Nederland werden twee onderzoeken uitgevoerd voornamelijk samenhangend met de wenselijkheid van nazorgdiensten (Rapport van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord Holland, 1972, Rapport van de Stichting nationale ziekenhuisraad en de Stichting samenwerkende landelijke kruisverenigingen, 1972). In Engeland werd door het King Edwards Hospital Fund een onderzoek betreffende de samenwerking huisarts-ziekenhuis uitgevoerd.

Over het feitelijk functioneren van de huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten is geen onderzoek bekend. Het werd mij steeds duidelijker dat men van de huisarts slechts dan een eventuele bijdrage tot verbeteringen zou kunnen verwachten, indien men zou weten hoe alle betrokkenen hierover denken. Slechts onderzoek kan ons leren of bemoeienissen van de huisarts met zijn ziekenhuispatiënten zinvol en gewenst zijn naar de mening van ziekenhuispatiënten, specialisten en huisartsen. Men kan immers niet verwachten dat de verschillende betrokken functionarissen aan de eventuele veranderingen zullen medewerken zonder de motieven te kennen van de huisartsen, die thans hun ziekenhuispatiënten bezoeken. Ditzelfde geldt voor het verwachtingspatroon van de patiënten en de specialisten ten aanzien van de eventuele taak van de huisarts.

Een onderzoek op dit gebied zou niet alleen een bijdrage kunnen leveren tot de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, maar bovendien zou dit praktische consequenties kunnen hebben voor een betere verhouding tussen de intra- en extramurale gezondheidszorg.

Het lijkt gewaagd dit gebied te betreden, anderzijds kan het juist een uitdaging vormen. Het was mij van het begin af aan duidelijk dat slechts

een eerste aanzet, een verkenning mogelijk zou zijn. Een onderzoek in de breedte leek meer op zijn plaats dan een onderzoek in de diepte.

2.2. DE ALGEMENE DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

De doelstelling van dit onderzoek is als volgt te omschrijven: na te gaan in hoeverre huisartsen een taak hebben bij hun ziekenhuispatiënten naar de mening van deze patiënten, huisartsen en specialisten. Daarbij zou moeten worden onderzocht of deze meningen met elkaar in overeenstemming zijn, en tevens in hoeverre de huisarts ook feitelijk aan eventuele verwachtingen voldoet. Bovendien zou onderzocht moeten worden of er een samenhang bestaat tussen het al of niet bezocht worden van ziekenhuispatiënten door de huisarts en een aantal factoren. Getracht zou moeten worden, inzicht te krijgen in de beoordeling van de onderlinge communicatie tussen huisartsen en specialisten, na te gaan of deze met bepaalde factoren samenhangt en hoe deze eventueel verbeterd zou kunnen worden. Tenslotte zou onderzocht kunnen worden of het op een bepaalde wijze functioneren van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatiënten mogelijke gevolgen zou kunnen hebben voor de gezondheidszorg in het algemeen.

2.3. DE SPECIFIEKE VRAAGSTELLINGEN VAN DIT ONDERZOEK

De vraagstellingen van het onderzoek vallen in de volgende vier groepen uiteen:

2.3.1. *Wat betreft ziekenhuispatiënten*

Wat verwacht de ziekenhuispatiënt van zijn huisarts?

Zijn er bepaalde verschillen in dit verwachtingspatroon en in de waardering van het bezoek van de huisarts, samenhangend met geslacht, leeftijd, sociale laag, urbanisatiegraad, ziekenhuiservaring en ziekenhuissituatie?

Voldoet de huisarts naar de mening van ziekenhuispatiënten aan deze verwachtingen? Worden ziekenhuispatiënten, indien zij dit wensen, ook bezocht?

Zijn er verschillen aantoonbaar in het inzicht van patiënten in hun ziekte en behandeling, samenhangend met aard der ziekte, leeftijd, opleiding, beroep, ziekenhuiservaring, urbanisatiegraad?

2.3.2. *Wat betreft huisartsen*

In hoeverre bezoeken huisartsen hun ziekenhuispatiënten en met welke regelmaat? Zijn er verschillen in de bezoekfrequenties samenhangend met leeftijd, N.H.G.-lidmaatschap, praktijkgrootte, urbanisatiegraad, afstand

tot het ziekenhuis, aantal ziekenhuizen waarin de patiënten worden opgenomen of de lokale situatie?

Welke zijn de motieven van huisartsen om patiënten in het ziekenhuis al of niet te bezoeken?

Bezoeken huisartsen bij voorkeur bepaalde categorieën patiënten?

Wat is de opvatting van huisartsen omtrent hun taak en gedrag ten aanzien van ziekenhuispatiënten en stemt deze overeen met die van ziekenhuispatiënten?

Hoe beoordelen huisartsen de informatie en communicatie met de specialisten, wat verwachten zij van hen?

Zijn er verschillen aantoonbaar wat betreft de communicatie en informatie samenhangend met leeftijd, urbanisatiegraad, praktijkgrootte en aantal ziekenhuizen waarin patiënten opgenomen zijn, afstand tot het ziekenhuis en lokale situatie?

Welke verbeteringen zouden in de onderlinge informatie en communicatie kunnen worden aangebracht?

2.3.3. Wat betreft specialisten

Hoe beoordelen specialisten de ziekenhuisbezoeken van huisartsen? Stemt hun opvatting over de taak van huisartsen ten aanzien van ziekenhuispatiënten met die van de huisartsen overeen?

Hoe beoordelen specialisten de communicatie met huisartsen?

Stemmen specialisten met huisartsen overeen wat betreft eventuele door de huisartsen gewenste verbeteringen in de onderlinge communicatie?

2.3.4. Wat betreft het feitelijk functioneren van een huisarts bij ziekenhuispatiënten en de feitelijke communicatie van een huisarts met specialisten omtrent deze patiënten

Welke problemen ontmoet een huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten? Welke inhoud hebben de gevoerde gesprekken met hen?

Zijn er verschillen aantoonbaar, samenhangend met leeftijd, geslacht, sociale laag?

Kan een huisarts hulp bieden aan ziekenhuispatiënten en hun gezinnen?

Hoe verloopt de feitelijke communicatie tussen een huisarts en specialisten? Zijn er verschillen per specialisme, ziekenhuis etc.?

Heeft het functioneren van een huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten c.q. potentiële ziekenhuispatiënten consequenties voor de gezondheidszorg in het algemeen? Kan de opnameduur verkort worden door een beter ontslagbeleid, kan de indicatiestelling voor ziekenhuisopname verbeterd worden?

2.4.1. *De methode van onderzoek*

De in paragraaf 2.3. genoemde vraagstellingen kunnen het beste benaderd worden door middel van een exploratief, inventariserend onderzoek. Een dergelijk onderzoek lijkt ook voor een huisarts goed uitvoerbaar. Het opstellen van hypothesen is door het gebrek aan voorafgaand onderzoek en door de gecompliceerde problematiek niet goed mogelijk. Een onderzoek naar de motieven voor een bepaalde handelwijze is op zichzelf al een moeilijke opgave. Wij meenden bij onze exploratie o.a. gebruik te moeten maken van vergelijkend onderzoek van zeer verschillende situaties. Dit alles heeft ertoe geleid dat tot de in de volgende paragraaf beschreven methodiek besloten werd.

2.4.2. *Enquêtes bij vier groepen ziekenhuispatiënten*

Het materiaal voor het eerste deel van ons onderzoek, betreffende de mening van ziekenhuispatiënten, werd bijeengebracht door enquêtes bij vier groepen ziekenhuispatiënten met medewerking van een caseworker en twee medische studenten in het kader van het z.g. Keuzevak van de Nijmeegse Medische Faculteit. Dit deel tracht een antwoord te geven op de in paragraaf 2.3.1. genoemde vraagstellingen.

Het samenstellen van een representatieve groep ziekenhuispatiënten bleek een zeer moeilijk uitvoerbare opgave, gezien het grote aantal bekende en onbekende variabelen. Zowel uit de litteratuur (Lammers, Jansen e.a. 1971) als uit eigen ervaring was het duidelijk dat er grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen, zowel wat betreft de grootte en aard van het ziekenhuis als naar de locale situatie. Voor het samenstellen van een groep patiënten leek het ons daarom van belang patiënten uit verschillende ziekenhuizen te enquêteren, die zoveel mogelijk qua ligging en grootte van elkaar verschilden. Hiertoe werden patiënten in vier ziekenhuizen geënquêteerd.

Ziekenhuis A betreft een middelgroot ziekenhuis met 510 bedden in de randstad Holland. De situatie in dit gebied brengt een aantal specifieke problemen met zich mee: verkeersproblematiek, huisartsentekort, wachtlijsten in ziekenhuizen e.d.

Ziekenhuis B betreft een groot ziekenhuis met 750 bedden in een grote Universiteitsstad buiten de randstad. Het gaat hier om een ziekenhuis gelegen in een stad met meerdere ziekenhuizen, terwijl het anderzijds ook een streekfunctie vervult.

Ziekenhuis C betreft een klein, zeer modern streekziekenhuis met 275 bedden in een geïndustrialiseerd stadje (minder dan 30.000 inwoners).

Ziekenhuis D betreft een klein, modern streekziekenhuis met 240 bedden

in een stadje (minder dan 30.000 inwoners), dat als streekcentrum van een wat afgelegen gebied fungeert, in een geheel ander deel van ons land.

De aanduiding van de genoemde vier ziekenhuizen kan slechts summier zijn, gezien het anonieme karakter van deze enquête. Vermeld kan nog worden dat het vier confessionele ziekenhuizen betreft, waardoor in dit opzicht onderlinge vergelijking beter mogelijk is. Uit de literatuur is bekend dat confessionele ziekenhuizen door de patiënten in het algemeen gunstiger beoordeeld worden (Rutten). Cassee (1966) wijst erop dat in confessionele ziekenhuizen meer leiderschap aanwezig is. Bij de beoordeling van de beantwoording van de enquête door de patiënten dient hiermee rekening te worden gehouden.

De opstelling van de enquête werd begeleid door een werkgroep van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, waarin behalve een drietal huisartsen, een socioloog, de bovengenoemde caseworker en een statistisch analyst waren opgenomen. Deze laatste heeft ook verder het onderzoek begeleid.

Gezien de doelstelling van ons onderzoek en de praktische mogelijkheden tot uitvoering, leek het ons gewenst het onderzoek tot de volgende categorieën te beperken:

patiënten ouder dan 13 jaar. Gezien de aard der vragen leek het niet mogelijk kinderen te enquêteren.

patiënten die minstens een week in het betreffende ziekehuis waren opgenomen. Bij een kortere opnameduur leek het ons niet waarschijnlijk dat de huisarts een bezoek zou afleggen, terwijl dit door deze patiënten ook niet verwacht zou worden.

patiënten die geestelijk en lichamelijk in staat konden worden geacht de enquêtevragen te beantwoorden; anderen werden om humane en praktische redenen uitgesloten.

Besloten werd per afdeling van elk ziekenhuis een op de drie patiënten te enquêteren. Het hoofd van de betreffende afdeling zou de kaarten van deze patiënten aselectief uit het afdelingskaartsysteem trekken.

2.4.3. Een landelijke enquête bij een aselecte steekproef van de Nederlandse huisartsen

Dit deel van ons onderzoek zou een antwoord moeten geven op de in paragraaf 2.3.2. geformuleerde vraagstellingen. Het betreft de mening van de Nederlandse huisarts aangaande ons onderwerp. Daartoe werd uit het huisartsenregister van het Nederlands Huisartsen Instituut een representatieve aselecte steekproef van 1 op 10 getrokken. Al deze huisartsen werd een enquêteformulier toegezonden.

2.4.4. Een enquête bij vier groepen huisartsen

Om per ziekenhuis een afgerond beeld van de driehoeksverhouding patiënt-specialist-huisarts te verkrijgen werd besloten de huisartsen, die regelmatig patiënten in een van de vier genoemde ziekenhuizen lieten opnemen, ook te enquêteren. Daartoe werd in elk ziekenhuis een lijst gevraagd van de betreffende huisartsen.

De mening van deze vier groepen huisartsen kon op deze wijze vergeleken worden met die van de geënuquêteerde patiënten en specialisten uit die ziekenhuizen (zie paragraaf 2.4.5.). Deze huisartsen ontvingen hetzelfde enquêteformulier als de huisartsen van de landelijke enquête.

2.4.5. Een enquête bij vier groepen specialisten

Om het beeld per ziekenhuis zoals onder 2.4.4. beschreven te completeren, werden ook de specialisten van de vier ziekenhuizen geënuquêteerd. Dit deel van het onderzoek zou een antwoord moeten geven op de vraagstellingen genoemd in paragraaf 2.3.3. Aan alle vier ziekenhuizen werd een lijst van de daaraan verbonden specialisten opgevraagd. Op grond van het feit dat een aantal specialisten geacht kon worden minder direct betrokken te zijn bij de behandeling van ziekenhuispatiënten werden de volgende specialisten van dit onderzoek uitgesloten:

- patholoog-anatomen
- bacteriologen
- laboratoriumartsen

Radiologen werden wel in het onderzoek opgenomen, daar zij wel direct contact met ziekenhuispatiënten hebben. Hoewel het aanvankelijk in de bedoeling lag ook assistent-artsen bij het onderzoek te betrekken, werd hiervan afgezien omdat in twee van de vier ziekenhuizen geen assistent-artsen werkzaam waren.

2.4.6. De registratie van de bezoeken van ziekenhuispatiënten door een huisarts

Dit deel van het onderzoek tracht de in paragraaf 2.3.4. genoemde vraagstellingen te beantwoorden. Dit onderzoek heeft een duidelijke beperking, daar het in de eigen praktijk plaats vond. Het geeft alleen antwoord op de vraag hoe een huisarts kán functioneren bij zijn ziekenhuispatiënten en hoe in één bepaalde situatie de communicatie specialist-huisartsen-praktijk, resp. huisartsenpraktijk-gezin verloopt. Het betreft een grote, niet apotheekhoudende, voornamelijk plattelandspraktijk, die door twee huisartsen in associatief verband wordt uitgeoefend sinds 1/10 1970. Beide partners zijn parttime aan de Nijmeegse Universiteit verbonden, resp. als hoogleraar en wetenschappelijk medewerker. De eerstgenoemde huisarts is sinds 1943 in deze praktijk werkzaam, aanvankelijk zelfstandig,

later met behulp van een tweede arts. De tweede partner was vóór deze associatie elders zeven jaar als huisarts gevestigd in een eenmanspraktijk. Het praktijkgebied omvat een aantal dorpen, daarnaast behoren een aantal patiënten uit de nabij gelegen universiteitsstad tot de praktijk. Het gebied kan vooral als verstedelijkt platteland worden omschreven. Een belangrijk kenmerk is gelegen in het feit dat door de sterke streekgebondenheid relatief weinig doorstroming in de patiëntenbevolking plaats vindt. Daar bovendien in een groot deel van het praktijkgebied geen andere huisarts gevestigd is, behoren een groot aantal gezinnen van geslacht op geslacht tot deze praktijk.

Iedere partner heeft zoveel mogelijk zijn eigen patiëntenkring, anderzijds is getracht de eenheid van de praktijk zoveel mogelijk te behouden. Dit komt o.a. tot uiting door het gebruik van één kaartstelsel en in het houden van een dagelijkse patiëntenbespreking. De praktijkvoering is er verder op gericht zoveel mogelijk werkzaamheden door een van de praktijkassistentes te laten verrichten.

Door de bovengenoemde werkwijze is het mogelijk om bij onderlinge waarneming i.v.m. avonddiensten, vacanties of anderszins toch op de hoogte te zijn van de gegevens van elkaars patiënten. Om deze reden worden ook de ziekenhuispatiënten wekelijks door een van hen beiden bezocht, dus zowel de eigen patiënten als de patiënten van de partner. Deze ziekenhuisbezoeken worden met elkaar besproken. Deze gang van zaken heeft het grote voordeel dat beide huisartsen op de hoogte blijven van de stand van zaken van alle patiënten in het ziekenhuis. Met nadruk is te stellen dat beide huisartsen, al vóór de associatie tot stand kwam, gewend waren hun ziekenhuispatiënten wekelijks te bezoeken. Het onderzoek heeft dus geen invloed gehad op het al of niet bezoeken van de eigen patiënten.

2.5. VOORBEREIDING VAN HET ONDERZOEK EN PROEFONDERZOEK

2.5.1. *De enquêtes bij patiënten*

Teneinde een indruk te verkrijgen hoe ziekenhuispatiënten de eventuele bezoeken van hun huisarts beleven werden door een caseworker, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, een 25-tal patiënten in drie van de vier ziekenhuizen geïnterviewd. Bij deze interviews werd getracht op de gevoelens van de ziekenhuispatiënten in te gaan, vooral die ten aanzien van hun huisarts. Hierdoor kon de opstelling van de enquêteformulieren vergemakkelijkt worden. Het bleek niet eenvoudig te zijn de ziekenhuispatiënten zich te laten uitspreken over het eigenlijke onderwerp. Vaak beschreven zij hun ziektegeschiedenissen uitvoerig. Duidelijk kwam naar voren dat de patiënten een sterke behoefte

hadden allerlei zaken te berde te brengen. De caseworker moest dus steeds benadrukken dat het slechts om een oriëntatie ging, daar anders niet te beantwoorden verwachtingen gewekt zouden kunnen worden. Bij de interviews kwamen de volgende voor ons onderzoek belangrijke punten naar voren:

de indruk dat het genoten onderwijs van invloed zou kunnen zijn op de houding van de patiënt ten opzichte van de specialist, met name of men uitleg over diagnose of therapie aan hem durfde te vragen;

naarmate de band met de huisarts groter leek te zijn, bv. doordat men meer had meegemaakt, leek het bezoek van de huisarts door de patiënt belangrijker gevonden te worden;

het geven van uitleg over diagnose en behandeling zag men in het algemeen niet zozeer als een taak van de huisarts als wel van de specialist. Sommigen vonden echter dat de specialist te weinig tijd voor hen had en durfden hem geen vragen te stellen.

wat betreft het gedrag van de huisarts bleek het voor veel patiënten van belang te zijn dat hij voor zijn ziekenhuisbezoeken de tijd neemt, dat hij bij het bed gaat zitten en belangstelling toont;

er bleek weinig kritiek op het ziekenhuis in het algemeen te zijn behalve dan het reeds vermelde feit: gebrek aan uitleg door de specialist. Dit is in overeenstemming met de literatuurgegevens uit Hoofdstuk I.

als eventuele taak voor de huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten kwam vooral naar voren het op de hoogte blijven om na hun ontslag uit het ziekenhuis de behandeling weer over te kunnen nemen en het hen laten uitspreken van hun problemen.

Bij sommige patiënten kwamen ook duidelijke weerstanden tegen de huisarts naar voren, bv. omdat hij hen te laat had verwezen of te weinig aandacht aan hun problemen schonk. Een enkele patiënt meende dat de huisarts zelf van het bezoeken van ziekenhuispatiënten wat zou kunnen leren.

Het leek de caseworker een groot probleem dat veel ziekenhuispatiënten niet gewend zijn abstract te denken. Zij konden ook moeilijk concrete vragen, bv. betreffende hun verwachtingspatroon ten aanzien van de huisarts, beantwoorden.

Aan de hand van de aldus verkregen gegevens, van literatuurgegevens en eigen ervaringen en waarnemingen werd een voorlopig enquêteformulier opgesteld. Dit formulier werd in eerder genoemde werkgroep besproken en gewijzigd. Naast een aantal vragen werden in het formulier meerdere 'statements' opgenomen, waarbij men op een vijfpuntsschaal kon aangeven in hoeverre men het met deze uitspraken al of niet eens was. Hierna werd in een der ziekenhuizen een proefenquête bij een 20-tal patiënten gehouden. Deze bleken over het algemeen het formulier be-

trekkelijk gemakkelijk te kunnen invullen, al moest soms een korte toelichting gegeven worden.

Aan de hand van de opgedane ervaringen werd het definitieve enquête-formulier opgesteld (zie bijlage P).

Het leek ons noodzakelijk de hoofden van de afdelingen van de vier ziekenhuizen, vóór de te houden enquête, enige toelichting te geven over het doel van de patiëntenenquête. Er werd daarbij nadrukkelijk gewezen op het belang de patiënt tevoren niets over de te houden enquête te vertellen. Dit zou immers de mening van de te enquêteren patiënten kunnen beïnvloeden. Deze toelichting geschiedde in twee ziekenhuizen door de caseworker en onderzoeker op een vergadering van afdelingshoofden, in de andere twee werden de afdelingshoofden via de adjunct-directrice geïnstrueerd.

Enquêteren brengt een aantal problemen met zich mee. Bramlage (1962) wijst op het bezwaar van het enquêteren door medische studenten i.v.m. het gevaar van eigen actie en interpretatie. Ons inziens is dit bezwaar bij deze enquête minder groot geweest, daar het niet primair om medische gegevens ging. Het enquêteren van ziekenhuispatiënten brengt wel een aantal specifieke problemen met zich mee, zoals ook bij de interviews van de caseworker gebleken was.

Gadourek (1969) wijst op het nadeel van een schriftelijke enquête, nl. dat een bepaalde vaardigheid van de respondent vereist is. Voor een enquête van ziekenhuispatiënten leek dit bezwaar in sterke mate te gelden. Enige toelichting zou, gezien ook de ervaringen van de caseworker, noodzakelijk zijn. Deze problemen hangen samen met de bijzondere situatie van ziekenhuispatiënten. Door hun ambivalentie bestaat de neiging geen kritiek op het ziekenhuis te geven (Bremer, Bergsma). Een ander storend element waarop Bramlage wijst, is de rolverwachting ten aanzien van de medisch student, waardoor deze niet neutraal zou zijn. Genoemde auteur benadrukt het belang van een goede instructie van enquêteurs.

Om aan deze bezwaren tegemoet te komen kregen de studenten een uitvoerige instructie in het enquêteren van patiënten door de genoemde caseworker en een arts met ervaring in het enquêteren. Bovendien dient bedacht te worden dat eventueel storende factoren gelijkelijk over het materiaal verdeeld zijn en dus geen rol kunnen spelen bij onderlinge vergelijking.

2.5.2. *De enquêtes bij huisartsen*

Om enig inzicht te krijgen in de mening van de huisartsen wat ons onderwerp betreft, werd een drietal groepjes huisartsen in verschillende plaatsen in Nederland bezocht om over de eventuele taak van huisartsen bij hun

ziekenhuispatiënten te discussiëren. De hierdoor verkregen informatie, de literatuurgegevens en de eigen ervaringen dienden als basis voor een voorlopig enquêteformulier. Dit werd in de reeds genoemde werkgroep besproken en gewijzigd. Het formulier was geprecodeerd om bewerking mogelijk te maken. In dit formulier waren een aantal statements opgenomen, waarvan een deel op die van de enquête bij de patiënten was afgestemd om vergelijking mogelijk te maken.

Het kwam ons voor dat het stellen van enkele open vragen niet vermeden kon worden, hoewel de resultaten hiervan moeilijker te bewerken zijn.

Het voorlopige enquêteformulier werd een 20-tal huisartsen als proef-enquête toegezonden, waarna tenslotte een definitief formulier kon worden opgesteld (zie bijlage H).

2.5.3. *De enquêtes bij specialisten*

Dit formulier bestond uit statements die identiek waren aan die van de huisartsenenquête. In een van de ziekenhuizen werd een stafvergadering van de specialisten bijgewoond om de te houden enquête toe te lichten. Van een aantal kritische opmerkingen kon voor de opstelling van de drie enquêteformulieren gebruik worden gemaakt.

2.6. DE UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

2.6.1. *De enquêtes bij patiënten*

De enquêtering vond plaats in de periode juni - augustus 1971, waarbij de 4 ziekenhuizen successievelijk door de twee studentenenquêteurs en de caseworker bezocht werden. De medewerking van de zijde van de ziekenhuisfunctionarissen en de patiënten was bijzonder goed.* Dit is in overeenstemming met ervaringen van anderen (Bremer).

In principe lieten de enquêteurs de patiënten de formulieren zelf invullen. Zoals ook al bij de proefenquête was gebleken, moesten sommige statements toegelicht worden. Zo was het voor sommigen niet direct duidelijk wat het verschil was tussen hun wensen wat betreft het gedrag van de huisarts en het feitelijk gedrag van de huisarts. Bovendien bleken sommige patiënten niet altijd 'n staat te zijn hun mening in de vijf gegeven keuzemogelijkheden uit te drukken. Wel was het voor de enquêteurs dan duidelijk welke van de vijf keuzemogelijkheden het dichtst de mening van de patiënt benaderde. Dit betreffende statement werd dan met behulp van de enquêteur ingevuld. Het is mogelijk maar onvermijdelijk dat hierdoor een kleine vertekening van de mening van de patiënten is ontstaan. Het percentage patiënten bij wie deze moeilijkheden optraden bleek echter gering te zijn, zodat de invloed op het totaal minimaal

* Een woord van dank aan patiënten, bestuur en staf van deze ziekenhuizen is hier op zijn plaats.

genoemd mag worden. Bovendien werd er reeds op gewezen dat dergelijke invloeden gelijk over het materiaal verdeeld zijn.

De vraag naar de voorkeur voor het bezoek van een aantal functionarissen bleek voor ongeveer de helft van de patiënten toegelicht te moeten worden. Vele patiënten konden sommige functionarissen niet in de rangorde opnemen. Dit werd bij de bewerking van het materiaal apart gecodeerd. De introductie van de enquêteurs bij de afdelingshoofden bleek goed te zijn, zodat zich weinig organisatorische problemen hebben voorgedaan. Slechts een enkele keer bleek een afdelingshoofd niet goed geïnstrueerd te zijn doordat hij de desbetreffende instructievergadering niet bleek te hebben bijgewoond. Door toelichting door de enquêteur bleek deze moeilijkheid steeds opgelost te kunnen worden.

Op één afdeling werd het geven van de diagnose geweigerd. Van de meeste patiënten, van wie de diagnose op het moment van enquêtering nog niet bekend was, kon deze later nog worden achterhaald.

Concluderend menen wij dat de verkregen gegevens, zij het met enige beperkingen, als bruikbaar zijn te beschouwen. Deze gegevens werden evenals die van de andere enquêtes op losse formulieren overgebracht, waardoor bewerking door de computer van het Rekencentrum van de Nijmeegse Universiteit mogelijk was.

2.6.2. De enquêtes bij huisartsen

Aan alle bij het onderzoek betrokken huisartsen* (zie paragraaf 2.4.3. en 2.4.4.) werd hetzelfde enquêteformulier toegestuurd, voorzien van een begeleidend schrijven en een antwoortenveloppe. Aan de huisartsen die na enige weken nog niet hadden gereageerd werd een rappelbrief gestuurd voorzien van een antwoordkaartje, waarmee men om toezending van een nieuw formulier kon vragen.

2.6.3. De enquêtes bij specialisten

Aan alle betrokken specialisten* (zie 2.4.5.) werd een enquêteformulier met begeleidend schrijven en een antwoortenveloppe gezonden. De specialisten die na enige weken het enquêteformulier niet hadden teruggezonden ontvingen een rappelbrief. De verdere bewerking geschiedde als in 2.6.1. is aangegeven.

2.6.4. De registratie van ziekehuisbezoeken en andere gegevens betreffende opgenomen patiënten in de eigen praktijk

Gedurende de periode 1-1-1971 tot 1-1-1972 werden door ons de volgende gegevens zo nauwkeurig mogelijk bij gehouden.

* Een woord van dank aan alle artsen, die aan de enquêtes hebben deelgenomen, is hier op zijn plaats.

A. Betreffende de ziekenhuispatiënten

1. Een aantal persoonlijke gegevens, naam, adres, geslacht, leeftijd, wijze van verzekering, sociale laag, burgerlijke staat.
2. Het ziekenhuis waar de patiënt was opgenomen, de naam van de behandelend specialist, de diagnose met opnamecode.
3. De opnamedatum en de datum van ontslag.
4. De datum van ontvangst van eventueel ontvangen voorlopig ontslagbericht, resp. de datum van de definitieve ontslagbrief, ontvangst van tussentijds bericht.
5. De data van communicatie met de specialist buiten de ziekenhuisbezoeken om.
6. De communicatie met de specialist of de verpleegster bij het bezoeken van ziekenhuispatiënten.
7. De communicatie van de huisarts met het gezin, zowel op diens eigen initiatief als op initiatief van het gezin zelf.

B. Betreffende de ziekenhuisbezoeken

1. het aantal bezoeken.
2. het al of niet spreken met de patiënt alléén.
3. een analyse van de inhoud van het gesprek.

Hierbij werd nagegaan of er sprake was van

het tonen van belangstelling,
het geven van uitleg of advies,
het uiten van belangrijke emoties door de patiënt,
het vervullen van een brugfunctie met het gezin, d.w.z. of wij door ons ziekenhuisbezoek in staat waren eventuele vragen van gezinsleden betreffende de ziekenhuispatiënt te beantwoorden,
of bepaalde problemen in het gezin aan het licht kwamen,
of gegevens omtrent de gezinssituatie van belang waren in verband met het bepalen van de ontslagdatum.

4. het ondernemen van bepaalde acties door ons n.a.v. ons bezoek van ziekenhuispatiënten bv. het contact opnemen met familie, de wijkverpleegster etc.

5. het doorgeven van belangrijke gegevens aan het ziekenhuis bij ons bezoek bv. omtrent de gezinssituatie.

Van de patiënten die op 1/1'72 nog opgenomen waren, werd de registratie tot 1/3'72 voortgezet. Anderzijds werden patiënten die op 1/1'71 al opgenomen waren niet bij deze registratie betrokken. Op het moment van afsluiting van het onderzoek waren nog 3 patiënten opgenomen. De gegevens werden verwerkt als omschreven in 2.6.1.

3. DE ENQUÊTES BIJ PATIENTEN

3.1. DE SAMENSTELLING VAN DE TOTALE GROEP GEËNQUÊTEERDE ZIEKENHUISPATIENTEN

In totaal werden in de vier ziekenhuizen 361 patiënten geënuquêteerd, 165 mannen (45,7%) en 196 vrouwen (54,3%). Van deze patiënten lagen 322 (89,2%) op zaal (3e klas), de overige 39 patiënten (10,8%) op een klasse-afdeling. De indeling van de geënuquêteerde patiënten naar een aantal criteria blijkt uit tabel 1.

Wat betreft de *urbanisatiegraad* bleek de helft van de geënuquêteerde ziekenhuispatiënten uit grote steden te komen. De indeling geschiedde volgens een C.B.S. lijst (1964), voor de verdere onderverdelingen zie bijlage A.

Wat betreft het *specialisme* dient vermeld te worden dat de groep interne patiënten omvat: alle interne specialismen en een groep 'overige' specialismen (oogheekunde, dermatologie). Dit betreft een kleine heterogene groep, die zowel chirurgische als interne specialismen omvat. De groep chirurgische patiënten betreft de chirurgie met zijn deelspecialismen, de gynaecologische en obstetrische patiënten.

Ten aanzien van de neurologisch-psychiatrische patiënten dienen we te bedenken dat in ziekenhuis D geen neurologisch-psychiatrische afdeling bestaat.

Uit tabel 1 blijkt dat de groepen chirurgische en interne patiënten vrijwel even groot zijn. Neurologisch-psychiatrische patiënten omvatten minder dan $\frac{1}{5}$ van het totaal geënuquêteerde aantal ziekenhuispatiënten.

Wat betreft de *leeftijd* bleek ruim $\frac{1}{5}$ der geënuquêteerde ziekenhuispatiënten ouder dan 65 jaar te zijn. Volgens gegevens van het C.B.S. (1971) was in 1968 14% van de ontslagen patiënten 65 jaar of ouder.

Daar bejaarden in het algemeen langdurig gehospitaliseerd worden zal het percentage ziekenhuispatiënten uit deze categorie relatief hoog zijn, hetgeen het percentage dat bij ons onderzoek betrokken was begrijpelijk maakt.

Tabel 1 Indeling van de geenquêteerde ziekenhuispatienten naar urbanisatiegraad – specialisme – leeftijd – beroep – opleidingsniveau – opnameduur – ziekenhuiservaring (zie voor volledige uitslag bijlage P)

Urbanisatiegraad		Opleidingsniveau	
1 t/m 3 platteland verstedelijkt platteland forensengemeenten	32,1	1 Laag (Lager onderwijs, VGLO, LAVO, LBO)	70,9
4 t/m 6 steden met kern t/m 100 000 inwoners	16,6	2 Midden (ULO, MAVO, MBO)	16,1
7 steden met kern groter dan 100 000 inwoners	51,0	3 Hoog (VHMO, HBO, WO)	12,2
Onbekend	0,3	4 Onbekend	0,8
n = 361	100%	n = 361	100%
Specialisme		Opnameduur	
1 'Interne' specialismen	37,9	1 7 t/m 14 dagen	40,7
2 'Chirurgische' specialismen	43,5	2 15 t/m 21 dagen	15,8
3 Psychiatrie-neurologie	18,6	3 22 t/m 28 dagen	11,3
n = 361	100%	4 29 t/m 42 dagen	13,6
		5 langer dan 42 dagen	18,6
		n = 361	100%
Leeftijd		Aantal opnames (ziekenhuis- ervaring)	
1 14 t/m 35 jaar	26,6	1 eerste opname (géén ziekenhuiservaring)	20,5
2 36 t/m 65 jaar	52,1	2 2 t/m 4 opnames	56,0
3 66 jaar en ouder	21,3	3 5 of meer opnames	23,2
n = 361	100%	4 onbekend	0,3
		n = 361	100%
Beroep			
1 Hogere beroepscategorieën	5,8		
2 Middelbare „	33,8		
3 Geschoolde lagere „	38,8		
4 Ongeschoolde lagere „	18,0		
5 Geen beroep of onbekend	3,6		
n = 361	100%		

Voor de indeling van *beroepen en opleiding* van patienten werd gebruik gemaakt van gegevens van het Sociologisch Instituut te Nijmegen.

Als uitgangspunt voor het 'beroep' van gehuwde vrouwen en kinderen zonder beroep, werd het beroep van de man, resp. de vader genomen. Het leek voor ons onderzoek van belang om onderscheid te maken tussen beroepsniveau en opleidingsniveau, daar ons inziens het beroepsniveau en het opleidingsniveau niet bij voorbaat als twee identieke grootheden dienen te worden beschouwd.

Bij gehuwde vrouwen en kinderen werd ook naar het genoten onderwijs van de echtgenoot of vader gevraagd om een goede beoordeling van diens beroepscategorie mogelijk te maken. Voor ongehuwde vrouwen en voor kinderen werd echter het eigen opleidingsniveau gecodeerd. Meer

dan de helft van de geënquêteerde patiënten kon tot de lagere beroeps-categorie worden gerekend. Bijna $\frac{3}{4}$ van de patiënten had slechts onder-wijs beneden U.L.O.niveau genoten.

Wat de *opnameduur* betreft, ruim de helft van de geënquêteerde patiënten bleek op het moment van enquêtering 3 weken of korter in het ziekenhuis te verblijven.

Met betrekking tot het al of niet hebben van *ziekenhuiservaring* dient vermeld te worden dat de huidige opname meegeteld werd. De groep patiënten die èènmaal was opgenomen lag dus voor de eerste keer in het ziekenhuis. Uit de tabel blijkt dat $\frac{1}{5}$ van de geënquêteerde patiënten geen vroegere ziekenhuiservaring had. Bijna $\frac{1}{4}$ van de patiënten was voor de 5e keer of vaker opgenomen.

3.2. ENKELE ALGEMENE GEGEVENS

3.2.1. *Bezoekfrequentie van de huisarts*

Tabel 2. Indeling van de geënquêteerde ziekenhuispatiënten naar bezoekfrequentie

Bezoekfrequentie huisarts	
1. niet bezocht	68,7
2. 1 x bezocht	19,1
3. 2 x bezocht	7,5
4. 3 of meer keer bezocht	4,7
n = 361	100%

Ruim $\frac{2}{3}$ van de patiënten bleek volgens opgave van de patiënten op het moment van enquêtering (nog) niet door de huisarts bezocht te zijn (tabel 2). Slechts 12% van de geënquêteerde patiënten was vaker dan eenmaal door zijn huisarts bezocht. Uiteraard is het mogelijk dat een aantal patiënten na de enquêtering nog door de huisarts bezocht is.

Uit tabel 3 blijkt dat er een samenhang tussen de opnameduur en het aantal bezoeken van de huisarts bestond. Bij langere opnameduur bleek de kans op bezoek van de huisarts toe te nemen. Van de patiënten die niet langer dan 2 weken in het ziekenhuis waren opgenomen was $\frac{3}{4}$ niet door de huisarts bezocht, van diegenen die langer dan 6 weken waren opgenomen ruim de helft.

Uit tabel 4 t/m 6 blijkt dat er een samenhang bestond tussen het al of niet bezoeken van patiënten en het klasse- resp. zaalpatiënt zijn, de op-leiding en het aantal opnames.

Tabel 3. De bezoeksfrequentie van de huisarts en de opnameduur van de geënquêteerde ziekenhuispatiënten

Bezoeksfrequentie	Opnameduur				n
	7 t/m 14 dagen	15 t/m 21 dagen	22 t/m 42 dagen	43 dagen of langer	
niet bezocht	76,2	68,4	64,4	58,2	248
1 x bezocht	21,1	17,5	17,8	17,9	69
2 x of meer bezocht	2,7	14,1	17,8	23,9	44
n =	147=100%	57	90	67	361

$$\chi^2 = 23,81 \quad df = 6 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

Tabel 4. De bezoeksfrequentie van de huisarts voor klasse- resp. zaalpatiënten

Bezoeksfrequentie	niet bezocht	wel bezocht	n
Klassepatiënten	47,4	52,6	38=100%
Zaalpatiënten	71,3	28,7	320
n =	246	112	358*

$$\chi^2 = 9,01 \quad df = 1 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

Tabel 5. De bezoeksfrequentie van de huisarts en het opleidingsniveau van de patiënten

Opleidingsniveau	Bezoeksfrequentie		n
	niet bezocht	wel bezocht	
lager opleidingsniveau	72,8	27,2	254=100%
Midden	61,4	38,6	57
Hoger opleidingsniveau	54,5	45,5	44
n =	244	111	355*

$$\chi^2 = 7,53 \quad df = 2 \quad P < 2\frac{1}{2}\%$$

Tabel 6. De bezoeksfrequentie van de huisarts en het aantal opnames per patiënt

Aantal opnames	Bezoeksfrequentie		n
	niet bezocht	wel bezocht	
1	69,9	30,1	73=100%
2 t/m 4	73,0	27,0	200
5 of meer	57,1	42,9	84
n =	245	112	357*

$$\chi^2 = 6,97 \quad df = 2 \quad P < 5\%$$

* In sommige tabellen is n kleiner dan het totaal aantal geënquêteerde patiënten of artsen. Dit is het gevolg van het feit dat sommige vragen niet door alle geënquêteerde personen beantwoord zijn.

Van de klassepatiënten, patiënten met een hoger opleidingsniveau en patiënten die meer dan vier maal opgenomen waren werd een hoger percentage door de huisarts bezocht.

Met leeftijd en beroep werd geen samenhang gevonden.

De meerderheid van de niet bezochte patiënten verwachtte niet dat hun huisarts hen nog zou komen bezoeken (zie bijlage P, vraag 19).

3.2.2. *Het inzicht van de geënquêteerde ziekenhuispatiënten*

Het inzicht van de patiënten in hun ziekte, in het diagnostisch proces en de kennis van de naam van de specialist en behandelend arts blijkt uit tabel 7.

Tabel 7. Het inzicht van de geënquêteerde ziekenhuispatiënten

I. In aard der ziekte (vraag 20)		
1. enig inzicht in aard der ziekte		64,3
2. gering inzicht in aard der ziekte		20,5
3. geen inzicht in aard der ziekte		15,2
n = 361 =		100%
II. In onderzoek- resp. behandelingsprocedure (vraag 21)		
1. enig inzicht		27,7
2. gering inzicht		30,2
3. geen inzicht		41,3
4. onbekend		0,8
n = 361 =		100%
III. Naam specialist (vraag 22)		
1. naam bekend		90,6
2. naam niet bekend		5,0
3. naam verkeerd genoemd		4,2
4. Niet ingevuld		0,2
n = 361 =		100%
IV. Naam behandelend arts (vraag 23)		
1. naam specialist genoemd		61,5
2. naam zaalarts genoemd		15,5
3. naam onbekend of verkeerd genoemd		22,4
4. Niet ingevuld		0,6
n = 361 =		100%

Het antwoord op vraag 20 betreffende het ziekte-inzicht werd door 2 artsen onafhankelijk van elkaar vergeleken met de objectieve diagnose en gecodeerd in 3 categorieën (enig inzicht, gering inzicht, geen inzicht), evenals vraag 21 betreffende het diagnostisch proces.

Hoewel meer dan de helft van de patiënten naar onze beoordeling wel enig inzicht in de aard der ziekte hadden, bleek slechts minder dan $\frac{1}{3}$ enig inzicht in de te volgen onderzoeks- en behandelingsprocedure te hebben.

Ons onderzoek lijkt dus de in hoofdstuk I beschreven literatuurgegevens omtrent het geringe inzicht van ziekenhuispatiënten te bevestigen.

De grote meerderheid van de patiënten was wel op de hoogte van de naam van de specialist bij wie zij opgenomen waren. Op de vraag wie de patiënt behandelde noemde meer dan de helft de naam van de specialist, de overigen beschouwden de zaalarts als hun behandelend arts of noemden een verkeerde naam. Hierbij dient men te bedenken dat alleen in de twee grotere ziekenhuizen assistenten werkzaam waren.

3.2.3. Enkele gegevens betreffende de opvatting van de ziekenhuispatiënten over de ernst van hun ziekte

Vraag 24 ('Verwacht U dat U helemaal zult herstellen en denkt U dat het lang zal duren voordat U genezen bent?') geeft enig inzicht in de verwachting van de patiënt omtrent zijn herstel (zie bijlage P). Bijna $\frac{3}{4}$ van de geënquêteerde patiënten verwachtte geheel te zullen herstellen, de overigen wisten dit niet of antwoordden ontkennend. De helft meende dat het niet lang zou duren voordat men genezen zou zijn. Als leidraad voor het begrip 'lang' hanteerden de enquêteurs een termijn van 3 maanden of langer.

Hieruit zou men kunnen concluderen dat de meerderheid van de patiënten de ziekte niet als ernstig beschouwde.

3.3. DE VERWACHTINGEN VAN DE GEËNQUÊTEERDE ZIEKENHUISPATIËNTEN T.A.V. HUN HUISARTS EN SPECIALISTEN

3.3.1. De verwachtingen t.a.v. het gedrag van hun huisarts

Uit tabel 8 blijkt dat ziekenhuispatiënten in de eerste plaats belangstelling van hun huisarts verwachten. Hij moet de tijd nemen voor zijn eventuele bezoek in het ziekenhuis.

Van den Berg (1970) wijst op het feit dat patiënten het belangrijk vinden dat bezoekers de tijd en de rust nemen voor het contact met hen. Dit alles wordt bevorderd indien men ook even bij het bed gaat zitten en het bezoek niet beperkt wordt tot een vluchtige begroeting.

3.3.2. De verwachtingen ten aanzien van de taak van de huisarts

Uit tabel 8 (II) blijkt dat drie statements betreffende de eventuele taak van de huisarts min of meer positief beantwoord werden (nl. 28, 26 en 40). De huisarts zou als taak hebben: het geven van uitleg, het helpen

Tabel 8 Verwachtingen omtrent de huisarts bij vier groepen ziekenhuispatienten*

Nummer State- ment	Omschrijving statement I <i>Betreffende het gedrag van de huisarts</i>	Percentage pa- tienten dat het met statement	
		eens is (score 1 + 2)	oneens is (score 4 + 5)
25	Ik vind dat mijn huisarts ook veel belangstelling voor mij moet hebben als ik in het ziekenhuis lig	83,4	13,0
30	Als mijn huisarts bij mij in het ziekenhuis komt, moet hij de tijd nemen voor zijn bezoek	83,1	10,3
	II <i>Betreffende de taak van de huisarts</i>		
28	Mijn huisarts moet mij iets uitleggen over mijn ziekte als hij bij mij in het ziekenhuis komt	70,4	24,3
26	Ik vind dat mijn huisarts mij moet helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen (bv operaties) als ik in het ziekenhuis lig	65,6	28,0
40	Mijn huisarts moet mij in het ziekenhuis bezoeken, opdat hij in staat is mijn gezin van mijn toestand op de hoogte te houden	54,3	35,7
32	Als mijn huisarts bij mij in het ziekenhuis komt vertel ik mijn problemen en zorgen veel gemakkelijker aan hem dan aan de specialist	41,0	50,5
36	Andere functionarissen (bv verpleegster, pastor, maatschappelijk werkster) kunnen mij net zo goed helpen bij het verwerken van mijn problemen als mijn huisarts	54,6	31,6
33	Als mijn huisarts bij mij in het ziekenhuis komt vertel ik hem gemakkelijker mijn lichamelijke klachten dan aan de specialist	25,5	66,5

* Zie voor volledige uitslag bijlage P

bij belangrijke beslissingen en in mindere mate het vervullen van een brugfunctie met het gezin. De uitkomst van deze laatste uitspraak kan als positief worden beschouwd vanwege het lage percentage dat het met de uitspraak niet eens was. Opvallend is dat de verwachtingen zo positief zijn ondanks het feit dat slechts $\frac{1}{3}$ van de ziekenhuispatienten door de huisarts bezocht waren (vergelijk paragraaf 3.2.).

De helft van de geënquêteerde patienten vertelde zijn problemen en zorgen niet gemakkelijker aan de huisarts dan aan de specialist. Andere functionarissen konden hen hierbij net zo goed helpen (statement 32 resp. 36).

Een nog groter percentage patiënten was het *niet* eens met de uitspraak dat men lichamelijke klachten in het ziekenhuis gemakkelijker aan zijn huisarts zou vertellen (statement 33).

Naar de mening van de meerderheid van de patiënten lijkt de taak van de huisarts dus beperkt te zijn tot de eerder genoemde punten.

3.3.3. *De verwachtingen ten aanzien van de huisarts vergeleken met diens feitelijk gedrag*

De twee uitspraken betreffende de taak van de huisarts die de hoogste scores behaalden, nl. het geven van uitleg en het verlenen van hulp bij belangrijke beslissingen zijn in tabel 9 vergeleken met het feitelijk gedrag van de huisartsen, beoordeeld door de patiënten zelf (resp. 28 met 29 en 26 met 27). De uitspraken omtrent het feitelijk gedrag geven een duidelijk lagere score te zien dan die betreffende de verwachtingen (in beide gevallen is het verschil zeer significant).

Blijkbaar voldeed de huisarts op deze twee belangrijke punten niet aan de verwachtingen van de patiënten. Het blijkt dat minder dan de helft van de patiënten, die om uitleg vroegen deze ook ontvingen, iets meer dan de helft van diegenen, die om hulp bij beslissingen vroegen, ontving deze ook van de huisarts.

Opvallend is het hoge percentage patiënten dat op de vragen die het gedrag van de huisarts weergeven score 3 (geen mening) gegeven heeft. Dit kan een gevolg zijn van het feit dat veel patiënten niet door hun huisarts bezocht waren, waardoor de beoordeling van zijn gedrag bemoeilijkt wordt. Bovendien bleken sommige patiënten moeilijk hun verwachtingen ten aanzien van het gedrag van hun huisarts van zijn feitelijk gedrag te kunnen onderscheiden.

Een ander opvallend punt is dat het percentage patiënten, dat het gedrag van de huisarts betreffende het verlenen van hulp bij beslissingen wél positief beoordeelde, hoger was dan het percentage bezochte patiënten (vgl. paragraaf 3.2.). Dit zou kunnen betekenen dat deze uitspraak door de patiënten ook van toepassing geacht werd op verleende hulp bij vroegere ziekenhuisopname.

3.3.4. *De verwachtingen ten aanzien van de specialist*

Uit tabel 10 blijkt dat de grote meerderheid van de ziekenhuispatiënten het inlichten over hun ziekte als de taak van de specialist zag (statement 39). Uit de vergelijking met statement 37, dat het feitelijk gedrag van de specialist weergeeft, bleek deze op dit punt ook niet aan de verwachtingen van de patiënt te voldoen.

Tabel 9. De verwachtingen van ziekenhuispatiënten vergeleken met het feitelijk gedrag van de huisarts naar de mening van de patiënten

Verwachting patiënten					Feitelijk gedrag van de huisarts				
No. Korte omschrijving Stat. van statement	Percentage patiënten dat het			Onbekend	No. Korte omschrijving Stat. van statement	Percentage patiënten dat het			Onbekend
	eens is (score 1 + 2)	geen mening heeft (score 3)	oneens is (score 4 + 5)			eens is (score 1 + 2)	geen mening heeft (score 3)	oneens is (score 4 + 5)	
28 Mijn huisarts moet uitleg geven over mijn ziekte	70,4	4,7	24,3	0,6	29 Mijn huisarts geeft inderdaad uitleg over mijn ziekte	35,5	27,4	36,3	0,8
n = 361 = 100%					n = 361 = 100%				
χ^2 toets voor verschil tussen de uitslagen voor deze twee statements: $\chi^2 = 107,97$ df = 2 P < ½%									
26 Mijn huisarts moet mij helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen	65,6	5,8	28,0	0,6	27 Mijn huisarts helpt mij inderdaad bij het nemen van belangrijke beslissingen	43,8	25,8	29,6	0,8
n = 361 = 100%					n = 361 = 100%				
χ^2 toets voor verschil tussen de uitslagen voor deze twee statements: $\chi^2 = 61,45$ df = 2 P < ½%									

Van de patiënten die *uitleg verwachten* (score 1 + 2 op statement 28)

kreeg 43,3% inderdaad uitleg (score 1 + 2 op statement 29)

Van de patiënten die *hulp verwachten* (score 1 + 2 op statement 26)

kreeg 61,1% inderdaad hulp (score 1 + 2 op statement 27)

Tabel 10 De verwachtingen van ziekenhuispatienten vergeleken met het feitelijk gedrag van de specialist naar de mening van de patienten

Verwachting patienten					Feitelijk gedrag specialist						
No Stat	Korte omschrijving van statement	Percentage patienten dat het eens is (score 1 + 2)	geen mening heeft (score 3)	oneens is (score 4 + 5)	Onbekend	No Stat	Korte omschrijving van statement	Percentage patienten dat het eens is (score 1 + 2)	geen mening heeft (score 3)	oneens is (score 4 + 5)	Onbekend
39	Het inlichten over mijn ziekte is geheel de taak van de specialist	86,7	5,8	6,1	1,4	37	De specialist vertelt mij alles over mijn ziekte	59,9	6,9	31,5	1,7
n = 361 = 100%					n = 361 = 100%						
χ^2 toets voor verschil tussen de uitslagen voor deze twee statements $\chi^2 = 80,46$ df = 3 P < 1/2%											
31	De specialist moet met mijn huisarts overleggen over het geschikste tijdstip van ontslag omdat mijn huisarts de gezinssituatie kent	66,4		23,8							
n = 361 = 100%											

Hoewel 60% van de patiënten van mening was dat de specialist alles over hun ziekte vertelde, was anderzijds 69% van oordeel dat zij in het algemeen veel te weinig over hun ziekte wisten (zie bijlage P, statement 34). Deze uitspraken lijken elkaar tegen te spreken. Mogelijk kan dit verklaard worden door het feit dat ziekenhuispatiënten niet geneigd zijn kritiek op de functionarissen in het ziekenhuis te leveren. Dit neemt niet weg dat de patiënt duidelijk om meer voorlichting vraagt omtrent zijn ziekte. Mogelijk verwacht hij van de huisarts aanvullende voorlichting en zullen sommigen bepaalde zaken wel aan de huisarts vragen die niet met de specialist durven te bespreken. Uit tabel 10 blijkt tenslotte nog dat de meerderheid van de patiënten van de specialist verwacht dat hij met de huisarts overlegt over het tijdstip van ontslag, omdat deze de gezins-situatie kent. Hier komt dus weer de brugfunctie van de huisarts tussen thuismilieu en ziekenhuis naar voren.

3.3.5. *Het belang van de huisarts en zijn bezoek aan ziekenhuispatiënten*

45% van de patiënten vond de huisarts niet meer zo belangrijk als zij opgenomen waren (zie bijlage P, statement 35). Bij de beantwoording van deze vraag zullen de patiënten vermoedelijk de huisarts hebben afgewogen tegen de specialist. 41% meende dat de huisarts veel van het bezoek kon leren (statement 38, zie bijlage P).

Tabel 11. Het belang van het bezoek van een aantal personen resp. functionarissen naar de mening van de geënquêteerde ziekenhuispatiënten*

Vraag 41.

Volgorde van personen die men het liefst aan zijn ziekbed wilde zien. (percentages van het aantal ziekenhuispatiënten dat genoemde personen als een der eerste drie noemde

1. familie	96,2
2. goede vriend	78,9
3. huisarts	61,5
4. pastor	23,9
5. maatsch. werkster	8,6
6. ziekenhuispastor	5,3
7. wijkverpleegster	3,3

Belang van het bezoek van een aantal functionarissen en personen (percentages van het aantal ziekenhuispatiënten dat dit bezoek van belang vond, score 1 + 2 op 5-puntsschaal).

1. 95,6
2. 84,7
3. 64,3
4. 29,6
5. 20,8
6. 19,9
7. 17,2

* Zie bijlage P vraag 41.

Uit tabel 11 blijkt dat ziekenhuispatiënten het *bezoek* van de huisarts wel belangrijk vinden, als dit vergeleken wordt met het bezoek van anderen. Op de vraag welke personen men het liefst aan zijn ziekbed zag noemde meer dan de helft der patiënten de huisarts als een der eerste drie. Ook op de vraag of men het bezoek van de huisarts van belang vond kwam de

huisarts betrekkelijk kort na 'een goede vriend'. Het bezoek van de andere functionarissen werd duidelijk van minder belang geacht.

Hoewel dus de huisarts voor ziekenhuispatiënten vergeleken met de specialist niet zo belangrijk geacht wordt, wordt zijn bezoek zeer gewaardeerd als men dit vergelijkt met dat van andere functionarissen.

3.4. DE INVLOED VAN HET GESLACHT OP DE MENING VAN ZIEKENHUISPATIËNTEN

Tabel 12. De invloed van het geslacht op de mening van ziekenhuispatiënten

Nummer vraag of statement	Omschrijving	Mannen	Vrouwen	n	Bijlage	Toetsing
vraag 41	Percentage patiënten* dat bezoek van de huisarts van belang vond (score 1 + 2)	60,3	75,8		P.1	$P < 1\%$
	n =	156 = 100%	182 = 100%	338		
vraag 19	Percentage patiënten dat nog bezoek van de huisarts verwachtte (score 1 + 2)	15,0	23,0		P.2	$P < 1\%$
	n =	120 = 100%	138 = 100%	258		
vraag 41	Percentage patiënten dat bezoek van de pastor van belang vond (score 1 + 2)	22,6	44,6		P.4	$P < \frac{1}{2}\%$
	n =	141 = 100%	168 = 100%	309		
statement 31	Percentage patiënten dat overleg specialist-huisarts over ontslag gewenst achtte (score 1)	62,8	48,5		P.5	$P < 2\frac{1}{2}\%$
	n =	164 = 100%	196 = 100%	360		
statement 32	Percentage patiënten dat zorgen en problemen gemakkelijker bij de huisarts uitsprak (score 1).	25,9	33,3		P.6	$P < 5\%$
	n =	162 = 100%	195 = 100%	357		

* In verband met de overzichtelijkheid is alleen het percentage vermeld dat de positieve reacties weergeeft. Toetsing geschiedde voor het totale aantal patiënten zie betreffende bijlagen.

In tabel 12 zijn een aantal vragen weergegeven waarvoor een verschil tussen de mening van mannen en vrouwen kon worden vastgesteld. Uit deze tabel blijkt dat het bezoek van de huisarts voor vrouwen belangrijker was en dat zij ook vaker nog bezoek van de huisarts verwachtten dan mannen. Mogelijk is dit het gevolg van het feit dat vrouwen vaker met de huisarts contact hebben (Oliemans, van der Velden). De positieve verwachtingen lijken op wishfull thinking te berusten, daar in werkelijkheid geen verschil in bezoekfrequentie bestond.

Bovendien bleken patiënten die bezoek van de huisarts verwachtten dit ook belangrijker te vinden (bijlage P.3).

Vrouwen vonden ook het bezoek van de pastor van meer belang dan mannen. Mannen wilden de huisarts vaker bij de ontslagprocedure betrekken, vrouwen uitten hun problemen vaker bij de huisarts. Mogelijk is dit laatste het gevolg van frequenter contact en een hechtere relatie met hun huisarts.

3.5. HET BELANG VAN HET BEZOEK VAN DE HUISARTS VOOR VERSCHILLENDE CATEGORIEËN ZIEKENHUISPATIËNTEN

Tabel 13. Het belang van het bezoek van de huisarts naar de mening van patiënten en hun opleidingsniveau, resp. ziekenhuiservaring

<i>Opleidingsniveau</i>	percentage patiënten dat het bezoek van belang acht (score 1 + 2)	n
Laag (LO t/m LBO)	70,2	238 = 100%
Midden (ULO t/m MBO)	74,1	54
hoog (VMHO t/m HO)	53,5	43
n = 335		
Voor volledige tabel, zie bijlage P.7*		
P < 2½%		
<i>Ziekenhuiservaring</i>		
eerste opname	58,3	72 = 100%
2 t/m 4 opnames	70,3	185
5 of meer opnames	75,0	80
n = 337		

Voor volledige tabel, zie bijlage P.8* P < 2½%

* Opmerking als bij tabel 12.

Uit tabel 13 blijkt dat patiënten met een hoger opleidingsniveau het bezoek van de huisarts van minder belang vonden. Tussen dit feit en het hogere percentage patiënten met een hoger opleidingsniveau dat door de huisarts bezocht werd, bestaat dus een discrepantie. Het gedrag van de huisarts lijkt in dit opzicht niet op de wensen van de patiënten afgestemd te zijn. Bij de enquêtes bij huisartsen zullen wij hierop nader ingaan.

Voor de verschillende beroepscategorieën werd geen verschil gevonden. Patiënten met meer ziekenhuiservaring vonden het bezoek van de huisarts van meer belang. Indien we veronderstellen dat frequentere hospitalisatie op een ernstigere ziekte wijzen kan, zou men zich kunnen voorstellen dat men daarom het bezoek van de huisarts meer waardeerde. Deze categorie werd ook vaker door de huisarts bezocht, blijkbaar houdt de huisarts met deze factor wel rekening. Wat betreft de aard van het specialisme, leeftijd, urbanisatiegraad, opnameduur en het klasse- resp, zaalpatiënt zijn werden geen verschillen in de beoordeling van het belang van het ziekenhuisbezoek van de huisarts gevonden.

3.6. VERSCHILLEN IN INZICHT VAN DE GEËNQUÊTEERDE PATIËNTEN

Op grond van de antwoorden op vraag 20 en 21 betreffende het inzicht van de patiënt in zijn ziekte en in het verloop van het diagnostisch proces konden de patiënten in een aantal groepen worden onderverdeeld. Op beide vragen kon een score 1 t/m 3 gegeven worden. Door de scores voor beide vragen op te tellen werd per patiënt een score verkregen die varieerde van minimaal 2, d.w.z. naar onze maatstaven veel inzicht, tot score 6, d.w.z. weinig inzicht. Hierdoor kon het inzicht voor bepaalde categorieën patiënten vergeleken worden (tabel 14).

Specialisme

Uit tabel 14 blijkt dat het inzicht van neurologisch-psychiatrische patiënten het geringst was. Hoewel men zou kunnen veronderstellen dat bij de waardering van het ziekte-inzicht van neurologisch-psychiatrische patiënten andere normen zijn gehanteerd dan bij de andere patiëntencategorieën, lijkt de kans hierop niet bijzonder groot daar er wel een treffende overeenkomst tussen het inzicht van de 'chirurgische' en 'interne' patiënten bestond. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat neurologisch-psychiatrische patiënten in werkelijkheid moeilijker inzicht kunnen krijgen in hun ziekte en het diagnostisch proces, o.a. omdat juist deze categorie patiënten minder uitleg van artsen en verpleegsters ontvangen. Werkelijke communicatie met hen zal bij de arts resp. verpleegster

Tabel 14. Het inzicht in ziekte en behandeling van verschillende categorieën ziekenhuispatiënten

SPECIALISME		
	Percentage patiënten met goed inzicht (score 2)	n
1. 'intern'	27,7	137 = 100%
2. 'chirurgisch'	28,6	154
3. psychiatrie-neurologie	10,4	67
Zie bijlage P.9*	$P < 2\frac{1}{8}\%$	358
LEEFTIJD		
1. 14-35 jaar	30,5	95 = 100%
2. 36-65 jaar	24,2	186
3. ouder dan 65 jaar	19,5	77
Zie bijlage P.10*	$P < \frac{1}{2}\%$	358
OPLEIDINGSNIVEAU		
1. Laag	19,1	255 = 100%
2. Midden	25,9	58
3. Hoog	52,3	44
Zie bijlage P.11*	$P < \frac{1}{2}\%$	357
KLASSE/ZAAL PATIËNTEN		
1. klassepatiënten	48,7	39 = 100%
2. zaalpatiënten	21,7	322
Zie bijlage P.12*	$P < \frac{1}{8}\%$	361

* Opmerking als bij tabel 12.

emotionele reacties kunnen oproepen, hetgeen, zoals uit de literatuur bleek, zeer bedreigend kan zijn (Casse, Menzies).

Leeftijd

Jongere patiënten bleken meer inzicht in hun ziekte te hebben dan ouderen. Men kan zich afvragen of de oorzaak hiervan gelegen is in het feit dat jonge mensen gemakkelijker vragen stellen. Bovendien is het ziektepatroon van de oudere patiënten dikwijls gecompliceerder dan van de jongeren en is hierdoor het verkrijgen van inzicht moeilijker.

Opleidingsniveau

Uit de tabel blijkt dat patiënten met een hoger opleidingsniveau een beter inzicht hadden dan patiënten die minder onderwijs hadden genoten. Dit is zeer begrijpelijk. Van der Velden vond bij een onderzoek bij huisvrouwen een verband tussen intelligentie en medische kennis. Mensen met een hoger opleidingsniveau c.q. hogere intelligentie zullen waarschijnlijk meer medische kennis hebben en daardoor meer inzicht in hun ziekte en de behandelingsprocedure. Anderzijds zullen artsen beter communiceren met patiënten van hun eigen opleidingsniveau, hetgeen tot meer uitleg en inzicht zal leiden.

'Klasse- en 'zaal'patiënten

De bovenvermelde samenhang tussen inzicht en opleidingsniveau wordt bevestigd door het feit dat 'klasse'patiënten meer dan tweemaal zo vaak een goed inzicht bleken te hebben dan 'zaal'patiënten.

Wat betreft de beroepscategorie werd geen verschil in inzicht gevonden, evenmin was er een verband met ziekenhuiservaring en urbanisatiegraad. Het feit dat geen samenhang met het beroep werd gevonden, bevestigt onze veronderstelling dat het opleidingsniveau en mogelijk de intelligentie een rol spelen bij het verkrijgen van meer inzicht en niet zozeer de maatschappelijke status.

Tenslotte menen wij dat, gezien het feit dat er wel een samenhang tussen inzicht en opleiding en niet met het beroep werd gevonden, de gevolgde methodiek om iets van het inzicht van ziekenhuispatiënten te meten zeker enige validiteit bezit.

3.7. DE VIER GROEPEN ZIEKENHUISPATIËNTEN ONDERLING VERGELEKEN

3.7.1. Verschil in samenstelling van de vier geholpen ziekenhuispatiënten

Uit tabel 15 blijkt dat in A misschien relatief minder 'klasse'patiënten, resp. meer neurologisch-psychiatrische patiënten geënuquêteerd zijn. In D zijn relatief meer 'interne' patiënten bij het onderzoek betrokken.

De verschillen in de urbanisatiegraad zijn begrijpelijk daar de vier ziekenhuizen o.a. op grond van deze verschillen gekozen waren. Toetsing leek dan ook niet zinvol. Voor een omschrijving van de vier ziekenhuizen, zie paragraaf 2.4.2.

Tenslotte bleken in D meer patiënten uit de hoogste leeftijdscategorie te zijn opgenomen, hetgeen verklaard kan worden door de wat vergrijsde bevolking van het gebied waarin ziekenhuis D gelegen is.

Wat betreft beroep, ziekenhuiservaring en opnameduur was geen verschil tussen de vier groepen patiënten aantoonbaar.

Tabel 15. Vergelijking van de vier groepen ziekenhuispatiënten

	Ziekenhuis				Totaal
	A	B	C	D	
Verdeling van de geënuquêteerde patiënten over de vier ziekenhuizen	37,4	38,0	13,0	11,6	100%
	n = 135	137	47	42	361
Verdeling naar 'klasse'/zaal' patiënten	%	%	%	%	n
'klasse'patiënten	5,2	13,1	17,0	14,3	39
'zaal'patiënten	94,8	86,9	83,0	85,7	322
	n = 135 = 100%	137	47	42	361
$\chi^2 = 7,76$ df = 3 5% < P < 10%					
Verdeling naar specialisme					
1. 'chirurgische' specialismen	40,7	46,0	46,8	40,5	157
2. 'interne' specialismen	28,9	38,7	42,6	59,5	137
3. Psychiatrie/neurologie	30,4	15,3	10,6	0,0	67
	n = 135 = 100%	137	47	42	361
$\chi^2 = 29,80$ df = 6 P < 1%					
Verdeling naar urbanisatiegraad					
1. 1 t/m 3 (platteland-verstedelijkt plattel. en forenzenge-meenten)	5,2	47,8	31,9	69,1	116
2. 4 t/m 6 (steden met minder dan 100.000 inwoners)	1,4	9,6	68,1	30,9	60
3. 7 (steden met meer dan 100.000 inwoners)	93,4	42,6	0,0	0,0	184
	n = 135 = 100%	136	47	42	360
Voor volledige tabel, zie bijlage P.16					
Verdeling naar leeftijd					
14 t/m 35 jaar	23,9	30,9	31,9	16,7	96
36 t/m 65 jaar	55,2	50,0	55,3	42,8	186
66 jaar en ouder	20,9	19,1	12,8	40,5	77
	n = 134 = 100%	136	47	42	359
$\chi^2 = 13,10$ df = 6 P < 5%					

3.7.2. De bezoekfrequentie bij de vier groepen ziekenhuispatiënten

Tabel 16. De bezoekfrequentie van de huisarts van de vier groepen ziekenhuispatiënten

Bezoekfrequentie	ziekenhuis	A	B	C	D	n
0 x bezocht		82,1	65,5	57,5	47,6	246
1 x bezocht		9,7	23,5	19,1	35,7	69
2 of meer maal bezocht		8,2	11,0	23,4	16,7	44
		n = 134 = 100%	136	47	42	359
$\chi^2 = 28,27 \quad df = 6 \quad P < \frac{1}{2}\%$						

Uit de tabel blijkt dat er grote verschillen bestonden in de bezoekfrequentie van de huisarts tussen de vier groepen ziekenhuispatiënten. In A bleek meer dan $\frac{3}{4}$ van de patiënten niet door de huisarts bezocht te zijn, in D minder dan de helft. In C en D lijken naar verhouding meer patiënten 2 of meer maal bezocht te zijn.

3.7.3. Verschil in inzicht van de vier groepen ziekenhuispatiënten

Tabel 17. Het inzicht van de vier groepen ziekenhuispatiënten

Inzicht*	ziekenhuis	A	B	C	D	n
inzicht goed (score 2)		14,2	29,4	29,8	38,1	89
inzicht matig (score 3 + 4)		56,0	44,1	46,8	42,8	175
inzicht slecht (score 5 + 6)		29,8	26,5	23,4	19,1	95
		n = 134 = 100%	136	47	42	359
$\chi^2 = 14,72 \quad df = 6 \quad P < 2\frac{1}{2}\%$						

*Voor toelichting indeling, zie paragraaf 3.6.

Uit tabel 17 blijkt dat de patiënten in D het meeste, die in A het minste inzicht toonden. We dienen echter te bedenken dat in A mogelijk relatief meer zaalpatiënten en meer neurologisch-psychiatrische patiënten geënquêteerd werden, beide categorieën die relatief minder inzicht toonden. Hiertegenover krijgt het goede inzicht van de patiënten in D nog meer reliëf gezien het feit dat in paragraaf 3.7.1. bleek dat in D relatief meer oudere patiënten geënquêteerd werden, een categorie die juist minder inzicht toonde.

Wanneer we de neurologisch-psychiatrische patiënten en de klassepatiënten buiten beschouwing laten blijkt tussen de overblijvende patiënten

geen verschil in inzicht meer aantoonbaar te zijn. Het gevonden verschil lijkt dus mogelijk op genoemde twee factoren terug te voeren te zijn. Wat betreft vraag 23 ('Door wie wordt U behandeld') bleek er een verschil tussen ziekenhuis A en B te bestaan. Voor C en D was vergelijking niet mogelijk, daar in deze ziekenhuizen geen assistenten werkzaam waren.

Tabel 18. Het inzicht van de ziekenhuispatiënten in A en B wat betreft de vraag wie hen behandelde in het ziekenhuis

Ziekenhuis	Noemt naam specialist	Noemt naam assistent	Weet naam niet c.q. noemt verkeerde naam	n
A	39,9	24,8	35,3	133 = 100%
B	62,5	16,9	20,6	136
	n = 138	56	75	269
$\chi^2 = 13,99 \quad df = 2 \quad P < \frac{1}{2}\%$				

Uit tabel 18 blijkt dat in A de patiënten wat dit betreft minder goed op de hoogte waren. In een grote stad lijkt het inzicht en de relatie met de specialist dus minder goed te zijn.

3.7.4. *Verskil in opvatting tussen de vier groepen ziekenhuispatiënten*

In tabel 19 zijn de positieve uitslagen van 3 statements weergegeven waarvoor een significant verschil bestond tussen de vier groepen ziekenhuispatiënten.

Voor de overige statements konden geen verschillen worden aangetoond. Het meest opvallend is dus, dat wat betreft de verwachtingen ten aanzien van het gedrag van de huisarts en zijn twee belangrijkste taken naar de mening van de patiënten (het geven van uitleg en het helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen) geen verschil tussen de vier groepen ziekenhuispatiënten kon worden aangetoond.

Wat betreft het feitelijk gedrag van de huisarts bleek voor deze twee belangrijkste taken wél een verschil te bestaan.

In A kregen relatief minder patiënten uitleg (statement 29) en hulp bij het nemen van belangrijke beslissingen (statement 27). Dit is mogelijk te verklaren door de reeds vermelde lage bezoekfrequentie in A.

Hoewel het feitelijk gedrag en de bezoekfrequentie van de huisarts verschillen vertoonde, blijken de verwachtingen van de vier groepen vrijwel hetzelfde te zijn. Ook die patiënten die niet bezocht werden door de huisarts of diegenen bij wie hij een ander gedrag vertoonde, hadden vrijwel hetzelfde verwachtingspatroon.

Tabel 19. De mening van de 4 groepen ziekenhuispatiënten omtrent een 3-tal statements* (% patiënten dat het met Statement eens is)

Nr.	Korte omschrijving van het stat. statement	Ziekenhuis				n	Bijlage	
		A	B	C	D			
29	<i>Gedrag huisarts</i> De huisarts geeft inderdaad uitleg over mijn ziekte n =	28,3 134 = 100%	39,7 136	41,3 46	40,4 42	358	P13	$P < \frac{1}{2}\%$
27	De huisarts helpt mij inderdaad bij het nemen van belangrijke beslissingen n =	30,0 133 = 100%	52,5 137	49,9 46	54,7 42	358	P14	$P < \frac{1}{2}\%$
35	<i>Belang huisarts voor patiënt</i> Als ik in het ziekenhuis ben opgenomen is mijn huisarts niet meer zo belangrijk n =	56,0 125 = 100%	46,7 122	27,9 43	58,5 41	331	P15 **	$P < \frac{1}{2}\%$

* Opmerking als tabel 12.

** Toetsing geschiedde alleen voor score 1 + 2, vergeleken met score 4 + 5.

Uit de tabel blijkt verder dat de patiënten in C de huisarts van meer belang vonden dan in de drie andere ziekenhuizen. In D vonden de patiënten de huisarts relatief het minst van belang. Dit zou kunnen betekenen dat de ziekenhuispatiënten in D relatief het meest, in C juist het minst op de specialist vertrouwen, indien we aannemen dat bij dit statement de patient het belang van de huisarts vooral tegen de specialist heeft afgewogen. Wat betreft het belang van het *bezoek* van de huisarts kon geen verschil worden aangetoond. Dit is zeer opvallend: ondanks de verschillen in bezoekfrequentie en in 'gewicht' van de huisarts vonden de vier groepen patiënten het bezoek van de huisarts gelijkelijk van belang.

3.7.5. Samenvatting van de opvattingen van de ziekenhuispatiënten per ziekenhuis

Ziekenhuis A

De huisarts vertoonde een ander gedrag: hij gaf minder uitleg, verleende in mindere mate hulp bij belangrijke beslissingen en bezocht een geringer percentage patiënten. Bovendien toonden de patiënten in A het minste inzicht.

Ondanks dit andere gedrag van de huisarts en zijn lage bezoekfrequentie zijn de verwachtingen van de patiënten toch ongeveer gelijk aan die van de andere groepen patiënten. Dit wijst erop dat de huisartsen in A niet aan de positieve verwachtingen van hun patiënten voldeden.

Ziekenhuis B

Hier werden geen verschillen ten opzichte van de gemiddelde bevindingen aangetoond.

Ziekenhuis C

De waardering voor de huisarts leek hier het grootst te zijn. Men bleek hoge verwachtingen van de huisarts te hebben, met mogelijk minder vertrouwen in de specialist. Toch leek de huisarts aan deze hoge verwachtingen niet te voldoen, gezien het feit dat zijn gedrag niet afweek van dat van de huisartsen in B en D. Wel is de bezoekfrequentie in C relatief hoog.

Ziekenhuis D

De huisarts werd hier door de ziekenhuispatiënten niet zo belangrijk gevonden, hetgeen zou kunnen wijzen op een groter vertrouwen in de specialist. De bezoekfrequentie was relatief hoog.

Het grotere inzicht van de patiënten in D lijkt voor een groot deel verklaard te kunnen worden door het feit dat er verschil bestond tussen het aantal zaalpatiënten en neurologisch-psychiatrische patiënten in de vier groepen.

3.8. SAMENVATTING

Het grootste gedeelte van de geënuquêteerde ziekenhuispatiënten was (nog) niet door de huisarts bezocht.

Van de 'klassepatiënten', patiënten met een hoger opleidingsniveau en patiënten die meer dan vier maal opgenomen waren geweest, werd een hoger percentage door hun huisarts bezocht, vergeleken met resp. 'zaalpatiënten, patiënten met een lager opleidingsniveau en patiënten die minder dikwijls opgenomen waren geweest.

Het inzicht in de ziekte en het verloop van het diagnostisch en therapeutisch proces was gering, gemeten naar de door ons gestelde normen.

De verwachtingen van de ziekenhuispatiënten ten aanzien van de huisarts waren positief wat betreft het tonen van belangstelling en het nemen van tijd voor zijn bezoek.

Wat zijn taak aangaat verwachtten de patiënten van hun huisarts vooral uitleg over hun ziekte en hulp bij het nemen van belangrijke beslissingen.

Er bleek een vrij sterke discrepantie te bestaan tussen de verwachtingen van de patiënten en het feitelijk gedrag van de huisarts.

De verwachtingen ten aanzien van de specialist waren zeer positief wat betreft het geven van uitleg en overleg met de huisarts over het ontslag. Ook de specialist voldeed niet aan de verwachtingen. Mede gezien de algemene wens om meer voorlichting heeft de huisarts hier een aanvullende taak.

Vergeleken met het bezoek van een aantal andere personen (pastor, maatschappelijk werkster e.a.) werd het bezoek van de huisarts als zeer belangrijk gezien.

Het bezoek van de huisarts werd door vrouwen belangrijker gevonden dan door mannen. Vrouwen spraken ook gemakkelijker hun zorgen en problemen tegenover de huisarts uit.

Patiënten met een hoger opleidingsniveau en patiënten zonder ziekenhuiservaring vonden het bezoek van de huisarts relatief minder belangrijk.

Patiënten met neurologisch-psychiatrische ziektebeelden, oudere patiënten en patiënten met een lager opleidingsniveau toonden relatief minder inzicht in hun ziekte en in de behandelingsprocedure.

De verwachtingen van de geënuquêteerde patiënten uit de vier ziekenhuizen verschilden niet van elkaar, ondanks het feit dat er wel verschillen bestonden in het feitelijk gedrag van de huisarts in de diverse plaatsen.

Van de patiënten in A kreeg een lager percentage uitleg en hulp bij belangrijke beslissingen van hun huisarts en werd een lager percentage bezocht dan bij patiënten elders het geval was.

In C waren mogelijk hogere verwachtingen ten aanzien van de huisarts, de bezoeksfrequentie was in C ook relatief hoog.

In D bleken de ziekenhuispatiënten de huisarts minder 'gewicht' toe te kennen, hoewel diens bezoek wel van belang werd geacht en deze patiënten relatief vaak bezocht werden.

3.9. CONCLUSIES

In de inleiding is ons gebleken dat vele auteurs van mening zijn dat de huisarts een tegenwicht zou kunnen vormen tegen de vertechnisering van de ziekenhuisgeneeskunde.

Zijn kennis van de persoon en het milieu van de patiënt zou hem in staat stellen de persoonlijke facetten en de continuïteit van de zorg te bevorderen.

Ons onderzoek toont duidelijk aan dat de geënuquëerde ziekenhuispatiënten zelf verwachten dat hun huisarts deze taak op zich neemt. Ook zij hechten grote waarde aan een continue, persoonlijke zorg. Hoewel en misschien juist omdat er een kloof ontstaan is tussen ziekenhuis en gemeenschap en het ziekenhuis het terrein van de specialist geworden is, blijken ziekenhuispatiënten een duidelijke taak voor de huisarts in het ziekenhuis te zien.

Uiteraard is het teleurstellend dat de huisarts niet aan deze verwachtingen voldeed. Opvallend was dat een hoger verwachtingspatroon niet in een ander gedrag van de huisarts resulteerde (C), omgekeerd bleven de verwachtingen hoog ondanks een ander gedrag van de huisarts (A). Dat de vraag naar hulp van de huisarts blijkaar bleef bestaan ondanks teleurstellende ervaringen van patiënten is een aanwijzing hoe belangrijk deze functie van de huisarts gevonden werd.

Vormt dit geen enorme uitdaging voor de huisarts? Zijn functioneren is duidelijk complementair aan de specialistische ziekenhuisgeneeskunde. Het gebrek aan voorlichting, dat bij diverse onderzoeken naar voren kwam, werd door ons onderzoek nog eens bevestigd.

Zeker, de meerderheid van de patiënten gaf te kennen dat specialisten alles over hun ziekte vertelden. Deze bleken anderzijds niet geheel aan hun verwachtingen te voldoen gezien de vraag om meer uitleg in het algemeen en de positieve verwachtingen ten aanzien van de huisarts op dit punt. Op zijn minst heeft de huisarts ook in dit opzicht een aanvullende taak te vervullen, temeer daar patiënten zijn bezoek zo zeer waarderen. De huisarts zou, uitgaande van de patiënt als maatstaf in de eerste plaats meer aandacht moeten schenken aan patiënten met een lager opleidingsniveau en met meer ziekenhuiservaring.

Indien gebrek aan inzicht zijn richtsnoer is, zou de huisarts bij voorkeur ouderen en patiënten met psychiatrisch-neurologische ziektebeelden moeten bezoeken.

Het bleek immers uit de literatuur dat goede communicatie met patiënten en ziekte-inzicht een bijdrage kunnen leveren tot sneller herstel. Het feit dat patiënten ondanks teleurstellende ervaringen zo'n grote waarde hechten aan de functie van de huisarts, moet een sterke stimulans voor hem zijn om patiënten te bezoeken en zijn taak ter hand te nemen. Bij zijn bezoek zal hij belangstelling moeten tonen, rust en tijd moeten nemen voor een gesprek en zich dienen te richten op zijn taak: het geven van voorlichting, het verlenen van hulp bij belangrijke beslissingen en het vervullen van een brugfunctie met het gezin. Of hij deze uitdaging aanneemt zal uit de volgende hoofdstukken moeten blijken.

4. DE LANDELIJKE HUISARTSENENQUÊTE

4.1. DE REPRESENTATIVITEIT EN DE SAMENSTELLING VAN DE RESPONDERENDE GROEP HUISARTSEN

Van de aselechte steekproef van 435 huisartsen die at random uit het register van het Nederlands Huisartsen-Instituut getrokken werd, bleken inmiddels 7 geen huisarts meer te zijn. De groep bestond dus in feite uit 428 huisartsen. Van deze groep hebben 326 gerespondeerd, hetgeen een respons van 76% betekent. Deze respons kan als zeer goed beschouwd worden, dit te meer gezien het feit dat de Nederlandse huisarts dikwijls met enquêtes wordt lastig gevallen. Gadourek noemt een respons van 40-50% voor een postenquête. Dit betreft enquêtes waarbij de geënquêteerden zich niet direct betrokken voelen, hetgeen bij onze enquête blijkbaar wel het geval was. De representativiteit van de groep responderende artsen t.o.v. de oorspronkelijke aselechte steekproef werd nagegaan voor een viertal kenmerken:

1. het N.H.G.lidmaatschap
2. Het al of niet-apotheekhoudend zijn
3. De urbanisatiegraad van de woonplaats
4. Het jaar van afstuderen.

Daar van de oorspronkelijke steekproef de praktijkgrootte niet bekend en ook niet te achterhalen was, kon voor dit kenmerk de representativiteit niet worden nagegaan. Bij toepassing van de χ^2 toets bleek de responderende groep huisartsen op deze punten niet af te wijken van de oorspronkelijke steekproef en dus in dit opzicht representatief te zijn (zie bijlage H.1).

Voor N.H.G. lidmaatschap, het al of niet apotheekhoudend zijn en jaar van afstuderen werd de respondentie ook getoetst aan de landelijke cijfers. Bij de χ^2 toets bleek geen significant verschil te bestaan.

Voor het N.H.G. lidmaatschap bleek aanvankelijk de responderende groep wel van de steekproef af te wijken. Van de oorspronkelijke steekproef waren 235 (54%) huisartsen geen lid, 193 wel (45%). Van de responderende groep huisartsen gaven 191 op lid te zijn van het N.H.G. en 135 niet. Dit zou betekenen dat de aangeschre-

van huisartsen die N.H.G. lid waren vrijwel allen hadden gerepondeerd, hetgeen zeer onwaarschijnlijk moest worden geacht. Om deze reden werd van alle responderende N.H.G. leden nagegaan of zij inderdaad lid waren van het N.H.G. aan de hand van een zeer recente ledenlijst (Juli 1971). Hierbij bleek dat 30 huisartsen, die hadden opgegeven lid te zijn, dit in werkelijkheid niet waren. Deze verkeerde opgave bleek te berusten op een misverstand. Genoemde huisartsen bleken ten onrechte de mening te zijn toegedaan dat zij lid waren van het N.H.G. op grond van het feit dat zij geabonneerd waren op het blad Huisarts en Wetenschap, dat door het Genootschap wordt uitgegeven. Uiteindelijk bleek dus dat 161 responderende huisartsen lid waren en 165 geen lid. Met toepassing van de χ^2 toets bleek ook voor dit kenmerk de responderende groep niet af te wijken van de oorspronkelijke steekproef.

In tabel 20 is een samenvatting gegeven van enkele gegevens betreffende de samenstelling van de responderende groep huisartsen (zie voor volledige uitslag bijlage H.).

Tabel 20. Samenstelling van de responderende groep huisartsen

		Landelijke* gegevens	
I. <i>Karakterisatie praktijkgebied</i>		IV. <i>N.H.G. lidmaatschap</i>	
1. stedelijk	41,7	1. N.H.G. lid	49,3
2. platteland	36,5	2. Geen N.H.G. lid	50,7
3. gemengd	21,5		
4. ongekend	0,3		
n = 326 = 100%		n = 326 = 100%	n = 4415 = 100%
II. <i>Jaar van vestiging</i>		V. <i>Apotheekhoudend</i>	
1. 0 t/m 4 jaar gevestigd	16,0	1. Wel	35,9
2. 5 t/m 19 jaar gevestigd	55,2	2. niet	63,8
3. 20 jaar of langer gevestigd	28,8	3. onbekend	0,3
n = 326 = 100%		n = 326 = 100%	n = 4415 = 100%
III. <i>Praktijkgrootte</i>		VI. <i>Urbanisatiegraad</i>	
1. kleiner dan 2000 zielen	9,5	1. platteland	28,6
2. 2000 t/m 3499 zielen	55,8	2. + 3 verstedelijkt platteland, forenzen-gem.	24,2
3. 3500 zielen of meer	34,1	4. + 5 plattelandstadjes, kleine steden (20.000-tot 30.000 inwoners)	8,3
4. onbekend	0,6	6. middelgrote steden (30.000-100.000 inw.)	15,3
n = 326 = 100%		7. Grote steden (meer dan 100.000 inwoners)	23,6
* gegevens van het N.H.I.		n = 326 = 100%	

Ruim 40% van de huisartsen omschreef hun praktijkgebied als stedelijk. Dit komt overeen met het percentage huisartsen dat qua woonplaats tot urbanisatiegraad 4 t/m 7 behoort (dit zijn de stedelijke gemeenten).

Meer dan de helft van de huisartsen was 5-20 jaar gevestigd en had een praktijk van 2000-3500 zielen. Wat de codering van de praktijkgrootte betreft, dient vermeld te worden dat voor die huisartsen die in associatief verband werkten de totale praktijkgrootte door het aantal deelnemers aan het samenwerkingsverband gedeeld werd. Ongeveer de helft van de huisartsen was lid van het N H G. Ruim $\frac{1}{3}$ deel bleek apotheeikhoudend arts te zijn.

4.2. ENKELE GEGEVENS BETREFFENDE DE ZIEKENHUIZEN WAAR DE HUISARTSEN ALS REGEL HUN PATIENTEN LIETEN OPNEMEN

Tabel 21 Enkele gegevens betreffende de algemene ziekenhuizen waar de huisartsen als regel hun patienten lieten opnemen

I Aantal algemene ziekenhuizen waarover de patienten als regel verdeeld waren (vraag 8)		
1	1 ziekenhuis	12,0
2	2 of 3 ziekenhuizen	62,9
3	4 of meer ziekenhuizen	24,8
4	onbekend	0,3
		n = 326 = 100%
II Afstand tot dichtstbijzijnde ziekenhuis (vraag 9a)		
1	afstand minder dan 5 km	54,0
2	afstand 5 of meer km	45,4
3	onbekend	0,6
		n = 326 = 100%
III Benodigde tijd om naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te rijden (vraag 10a)		
1	minder dan 10 minuten	55,8
2	10 minuten of meer	43,0
3	onbekend	1,2
		n = 326 = 100%
IV Afstand tot het verstverwijderde ziekenhuis (vraag 9b)		
1	minder dan 10 km	49,4
2	10 km of meer	44,1
3	onbekend	6,5
		n = 326 = 100%
V Benodigde tijd om naar het verstverwijderde ziekenhuis te rijden (vraag 10b)		
1	minder dan 20 minuten	51,2
2	20 minuten of meer	41,4
3	onbekend	7,4
		n = 326 = 100%

Uit tabel 21 blijkt dat ruim 60% van de huisartsen zijn patiënten over 2 of 3 ziekenhuizen verspreid had liggen, $\frac{1}{4}$ zelfs over meer dan 3 ziekenhuizen.

Ruim de helft van de huisartsen woonde minder dan 5 km. van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De helft had minder dan 10 minuten nodig om daar te komen. Eveneens de helft bleek minder dan 10 km. van het verstverwijderde ziekenhuis te wonen. Tenslotte kon de helft van de huisartsen dit ziekenhuis in minder dan 10 minuten bereiken. Het lijkt er dus op dat voor ruim de helft van de huisartsen de tijdsfactor om naar het ziekenhuis te rijden nauwelijks een rol kan spelen.

4.3. HET ZIEKENHUISBEZOEK VAN DE HUISARTSEN

4.3.1. *Bezoekfrequentie*

Tabel 22. Bezoekfrequentie van ziekenhuispatiënten volgens opgave van de responderende groep huisartsen (vraag 11)

1. Incidenteel bezoek (nooit of zeer incidenteel)	31,3
2. Middelmatig bezoek (1-2 x per maand)	33,2
3. Regelmatig bezoek (3 x per maand of meer)	34,9
4. Onbekend	0,6

n = 326 = 100%

Uit tabel 22 blijkt dat op dit punt drie, vrijwel even grote groepen huisartsen onderscheiden konden worden:

1. een groep huisartsen die ziekenhuispatiënten nooit of vrijwel nooit bezocht (verder *incidenteel* bezoek te noemen);
2. een groep die ziekenhuispatiënten min of meer regelmatig bezocht (1-2 x per maand): *middelmatig* bezoek
3. een groep die ziekenhuispatiënten *regelmatig* (3 x per maand of vaker) bezocht.

Raupp (1971) vond bij een onderzoek bij Limburgse huisartsen eveneens dat $\frac{1}{3}$ van de huisartsen vrijwel nooit zijn ziekenhuispatiënten bezocht.

4.3.2. *Het tijdstip van het ziekenhuisbezoek en het al dan niet vaker dan één keer bezoeken van ziekenhuispatiënten*

Uit tabel 23 blijkt dat de helft van de responderende huisartsen zijn ziekenhuispatiënten niet op een vast tijdstip bezoekt. $\frac{1}{5}$ deel noemde meerdere tijdstippen per week, terwijl eveneens $\frac{1}{5}$ deel de patiënten wel op een vast tijdstip bezoekt, voornamelijk op een Zaterdagmorgen of Woensdag-, Donderdag-, en Vrijdagmiddag.

Tabel 23 Het tijdstip van het ziekenhuisbezoek

1	geen vast tijdstip	52,6
2	een wisselend aantal tijdstippen per week	19,6
3	Zaterdagmorgen	5,5
4	Woensdagmiddag	3,1
5	Donderdagmiddag	3,1
6	Vrijdagmiddag	2,8
7	Andere vaste tijdstippen	8,4
8	Onbekend	4,9
		n = 326 100%

Het volgende citaat illustreert het voordeel van een vast tijdstip voor ziekenhuisbezoek:

'Zet in je werkprogramma de vaste tijd op een bepaalde dag daarvoor vast, dan zit de gang er voor je in'

Door ziekenhuispatiënten op een vast tijdstip te bezoeken wordt het ziekenhuisbezoek als het ware in de wekelijkse routine opgenomen. Sommigen meenden dat daardoor het overleg met de specialist gemakkelijker wordt.

Een 30-jarige huisarts schrijft

'Een goed contact huis-specialist is van groot belang Het vastleggen van een vast tijdstip voor bezoeken kan dit vergemakkelijken'

Ruim de helft van de huisartsen bleek zijn patiënten als regel niet vaker dan éénmaal te bezoeken, ruim $\frac{1}{4}$ deed dit wel (vraag 19, zie bijlage H).

4.3.3. Het bezoeken van bepaalde categorieën ziekenhuispatiënten

Tabel 24 Het rekening houden met bepaalde factoren bij het ziekenhuisbezoek

Percentage huisartsen dat met bepaalde factor rekening hield				
	veel (score 1 + 2)	weinig (score 4 + 5)	geen mening (score 3)	onbekend
1 ernst van de ziekte	78,8	9,2	4,0	80 = 100%
2 de band met de patient	52,5	21,7	16,6	9,2
3 volwassenen	35,6	35,6	18,4	10,4
4 bejaarden	34,7	36,5	18,4	10,4
5 opnameduur	44,2	28,5	17,5	9,8
6 particulieren	2,7	78,5	8,6	10,2
n = 326				

Uit tabel 24 blijkt dat de meerderheid van de huisartsen bij ziekenhuisbezoek met de ernst van de ziekte rekening hield, de helft met de band

met de patiënt. In hoofdstuk V zal hier nader op worden ingegaan. Met de opnameduur en de leeftijd hield slechts $\frac{1}{3}$ rekening.

4.3.4 *Het belang van het bezoek en de waardering door de ziekenhuispatiënten volgens opgave van de responderende huisartsen*

Tabel 25. Het belang van het bezoek en de waardering door de patiënten naar de mening van de geënquêteerde huisartsen (vraag 12 en 13)

I. Belang van het bezoek volgens huisartsen		II. Het op prijs stellen van het bezoek door patiënten volgens de huisartsen	
1. van belang (score 1 + 2)	60,2	1. op prijs gesteld (score 1 + 2)	93,6
2. dubia (score 3)	18,7	2. dubia (score 3)	5,2
3. van geen belang (score 4 + 5)	20,2	3. weinig op prijs gesteld (score 4 + 5)	0,9
4. onbekend	0,9	4. onbekend	0,3
n = 326 = 100%		n = 326 = 100%	

Uit deze tabel blijkt dat, alhoewel vrijwel alle huisartsen meenden dat ziekenhuispatiënten hun bezoek op prijs stelden, slechts iets meer dan de helft dit zelf van belang vond. Er was een discrepantie tussen hun beoordeling van de waardering van hun patiënten en het belang dat zij zelf aan hun bezoeken hechtten.

4.3.5. *Motieven om ziekenhuispatiënten al of niet te bezoeken*

Teneinde een indruk te krijgen omtrent de motieven van de huisarts om patiënten al of niet te bezoeken, werd een 'open vraag' gesteld om een spontane reactie te bevorderen (zie vraag 14, bijlage H). De antwoorden op deze vraag werden in twee groepen gesplitst:

een groep antwoorden waaruit bleek dat het bezoek op de een of andere manier gericht was op het *belang van de patiënt*, bv. het tonen van belangstelling, continuïteit van de gezondheidszorg, persoonlijke aandacht voor de patiënt enz.

een groep motieven waarbij het belang van de patiënt *niet* zo duidelijk op de voorgrond stond, bv. het zelf leren van ziekenhuisbezoek.

Het bleek dat voor de meerderheid van de huisartsen het belangrijkste motief om ziekenhuispatiënten te bezoeken gericht was op het belang van de patiënt (86%), slechts 10% had andere motieven.

Als belangrijkste motief om patiënten *niet* te bezoeken werd door $\frac{1}{3}$ van de huisartsen tijdgebrek genoemd. Ongeveer 10% gaf op een of andere wijze blijk van een negatieve instelling ten aanzien van het ziekenhuis, resp. het bezoek aan ziekenhuispatiënten. Deze vraag werd door meer

dan de helft van de huisartsen niet beantwoord. Dit betekent dat 71% van de huisartsen, die deze vraag beantwoordden, tijdgebrek als voor-naamste motief noemde om patiënten niet te bezoeken.

4.4. DE OPVATTING VAN DE HUISARTSEN TEN AANZIEN VAN HUN GEDRAG EN TAAK BIJ ZIEKENHUISPATIËNTEN

4.4.1. *Het gedrag van de huisartsen ten aanzien van ziekenhuispatiënten*
Getracht werd in een aantal statements enkele aspecten van het gedrag van de huisartsen ten aanzien van hun ziekenhuispatiënten weer te geven. De antwoorden op de statements drukken alleen een aantal aspecten van het door de responderende artsen gewenste gedrag min of meer uit. Hun feitelijk gedrag behoeft hiermee niet in overeenstemming te zijn.

Tabel 26. Het gedrag van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten, naar de mening van de huisartsen

No.	Statement	Percentage huisartsen dat het met uitspraak	
		eens is (score 1 + 2)	oneens is* (score 4 + 5)
21.	De huisarts behoort veel belangstelling te tonen voor zijn patiënten in het ziekenhuis	91,4	7,0
29.	De huisarts dient de tijd te nemen bij het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten	81,3	13,8
30.	De huisarts moet zeer openhartig zijn bij zijn ziekenhuispatiënten	52,8	39,0
53.	De huisarts zou bij zijn ziekenhuisbezoek ook eens patiënten lichamelijk moeten onderzoeken	27,3	63,8

* Zie voor volledige uitslag bijlage H

n = 326

Uit tabel 26 blijkt dat de grote meerderheid van de huisartsen veel waarde hechtte aan het tonen van belangstelling en het nemen van tijd voor de bezoeken. Ongeveer de helft van de huisartsen meende dat men ook openhartig tegenover zijn patiënten zou moeten zijn. Het actief optreden van de huisartsen bij ziekenhuispatiënten bv. door deze ook eens lichamelijk te onderzoeken werd door de meerderheid verworpen. De huisarts achtte in het ziekenhuis blijkbaar een heel andere gedrag wenselijk dan thuis, waar lichamelijk onderzoek immers een normale handeling is.

4.4.2. *De taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatiënten*

In tabel 27 zijn de uitslagen van een aantal statements weergegeven die betrekking hebben op de taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatiënten.

Tabel 27. De taak van de huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten volgens de mening van de responderende groep huisartsen

No.	Statement	Percentage huisartsen dat het met statement	
		eens is (score 1 + 2)	oneens is* (score 4 + 5)
27.	Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patiënten	28,5	67,4
45.	Als een patiënt in het ziekenhuis is opgenomen is de huisarts voor hem niet meer zo belangrijk	36,2	57,7
37.	De huisarts zou zijn ziekenhuispatiënten moeten helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen (bv. bij operaties)	89,9	7,0
38.	De huisarts kan de overgang van zijn ontslagen patiënten van het ziekenhuis naar het gezin zeer vergemakkelijken	84,6	7,7
25.	De huisarts moet zijn ziekenhuispatiënten bezoeken omdat veel patiënten hun problemen en zorgen gemakkelijker aan de huisarts vertellen dan aan de specialist	73,7	17,4
47.	De huisarts dient patiënten in het ziekenhuis op te zoeken opdat hij in staat is het gezin van de toestand van de patiënt op de hoogte te houden	63,8	28,8
28.	De huisarts heeft in het ziekenhuis een belangrijke taak bij de voorlichting van zijn patiënten over hun ziekten	61,4	32,5
24.	Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten kan de huisarts ook een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten	48,8	45,7
26.	Bij het bezoek van de huisarts vertellen zijn patiënten hem gemakkelijker hun lichamelijke klachten dan aan de specialist	46,6	38,4
32.	Andere functionarissen (bv. verpleegster, pastor, maatschappelijk werkster) kunnen ziekenhuispatiënten net zo goed helpen bij het verwerken van hun problemen als de huisarts	44,2	50,0

* Zie voor volledige uitslag bijlage H

n = 326

Uit tabel 27 blijkt dat de meerderheid van de huisartsen een duidelijke taak ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten zag, iets meer dan de helft meende dat ook in het ziekenhuis de huisarts voor de patiënten belangrijk was.

De huisartsen zagen de volgende taken bij ziekenhuispatiënten (in volg-

orde van het percentage huisartsen dat de betreffende taak positief waardeerde):

- het helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen,
- het vergemakkelijken van de overgang van het ziekenhuis naar het gezin bij ontslag,
- het uitspreken van zorgen en problemen door de ziekenhuispatienten,
- het op de hoogte houden van het gezin van de toestand van de patient,
- het geven van voorlichting over de ziekte van de patient.

Bij deze taakomschrijving van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatienten worden de algemene aspecten van de taak van de huisarts teruggevonden, nl de continuïteit van de zorg, de persoonlijke zorg voor de patient, mogelijk de integrale behandeling

In de volgende citaten komen deze elementen soms op extreme wijze naar voren.

Een 31-jarige huisarts schrijft 'De specialist bemoet zich als het ware met de kapotte machine en ziet vaak de mens achter de patient niet. De huisarts moet proberen de relatie met zijn ziekenhuispatient gewoon voort te zetten door het tonen van belangstelling

Een 54-jarige huisarts schrijft 'De huisarts dient zich naar het ziekenhuis te begeven omdat het omgekeerde niet kan. In een klein ziekenhuis blijft de patient meer een persoonlijkheid, in het grote degradeert hij tot een nummer, tot een buik of een schuldkiel, tot een hart of een maag, waarbij de problematiek die tot het lijden voerde nauwelijks of niet aan de orde komt'

Deze huisarts benadrukt de persoonlijke benadering van de ziekenhuispatient.

Een 32-jarige huisarts schrijft 'Door het bezoeken van ziekenhuispatienten wordt de patient in staat gesteld zich uit te spreken over al zijn ervaringen, angsten en emoties, zowel in positieve als in negatieve zin, tegenover een deskundige die hij ziet als een van het ziekenhuis onafhankelijke buitenstaander, zodat hij ook zijn kritiek op de gang van zaken in het ziekenhuis kan ventileren'

In bovenstaand citaat komt naar voren dat de patient zijn problemen eerder zou uiten tegenover de huisarts, omdat hij deze niet met het ziekenhuis vereenzelvt. De huisarts staat ook dicht bij de sociale leefwereld van de patient (Van Aalderen)

Een 41-jarige huisarts schrijft 'De huisarts zorgt voor de patient, de familie het gezin, de specialist zorgt voor een orgaan of orgaanstelsel van de patient. Huisartszorg is continu, specialistenzorg is intermezzo. De huisarts staat aan het begin en aan het einde van dit intermezzo'

In voorgaand citaat komt de continue, persoonlijke zorg ter sprake. Een 43-jarige huisarts meent dat door het betrekken van de huisarts bij de behandeling van de specialist veel tijd bespaard kan worden.

'Indien de huisarts meer bij de behandeling van ziekenhuispatienten betrokken wordt kan dit de specialist en de patient veel tijd besparen'

De taak van de huisarts bij de voorlichting van ziekenhuispatienten kwam ook in een aantal citaten naar voren.

Ruim $\frac{1}{3}$ van de huisartsen meende dat door deze voorlichting de opnameduur bekort zou kunnen worden (zie bijlage H statement 49). Ook deze opvatting komt in een aantal citaten ter sprake.

Een 48-jarige huisarts schrijft 'Ik dacht dat het betrekken van de huisarts bij de behandeling in het ziekenhuis zowel de psychische verwerking als bekorting van de opnameduur zou bevorderen'

Een 45-jarige huisarts schrijft 'De voorlichting over onderzoeken, operaties en andere behandelingen kan veel angst wegnemen en veel spanningen voorkomen. Door een goede en intensieve aanpak zou waarschijnlijk ook de opnameduur verkort kunnen worden. Veel lopende patienten vervelen zich vaak enorm, zij zouden eerder naar huis terug moeten gaan. Het genezen verloopt thuis menigmaal sneller, vooral omdat de patient zich thuisvoelt. Nu weet ik wel dat niet iedere huisarts volmaakt is en zijn patienten vaak thuis zal bezoeken. Toch is het stellig wel zo dat de meeste informatie van hem moet komen. De patient vraagt en durft ook meer te vragen. Met het thuisfront is het net zo gesteld. Vaak vraagt men mij tijdens een opname om inlichtingen omdat de behandelend specialist nooit te treffen of te spreken is en de zusters de patient daarheen afschuiven. Wanneer men dan ook als huisarts de specialist belt, hetgeen vaak veel tijd kost, kan men de familie inlichten. Dit geeft dikwijls veel rust en begrip en voor de arts veel voldoening.'

Volgens deze huisarts zouden sommige patienten en hun gezinsleden de huisarts gemakkelijker om inlichtingen vragen dan de specialist.

Volgens de responderende huisartsen heeft het takenpakket van de huisarts in het ziekenhuis duidelijke beperkingen, gezien het feit dat de meningen betreffende een aantal statements verdeeld waren bv. over de bijdrage van de huisarts aan de behandeling van de patient, het gemakkelijker uitspreken van lichamelijke klachten bij de huisarts en het inschakelen van hulp van andere functionarissen bij het verwerken van zorgen en problemen (statement 24, 26 en 32). Het lijkt zeer goed mogelijk dat het van de instelling van de huisarts afhangt welke waarde hij aan zijn specifieke bijdrage aan de behandeling van de patient toekent. Het feit dat sommige taken naar de mening van de helft van de huisartsen ook door andere functionarissen kunnen worden uitgevoerd, kan een rol spelen bij de motivering om patienten niet te bezoeken.

Het lijkt inderdaad van groot belang m.b.t. de motivering voor het bezoek van zijn ziekenhuispatienten of men meent dat de huisarts een taak heeft die door niemand anders kan worden overgenomen. Dit wordt door onderstaand citaat geïllustreerd.

Een 55-jarige huisarts schrijft 'Het takenpakket van de huisarts is zo omvangrijk dat ik indertijd besloot acties met betrekking tot verschillende taken waarvan ik meen dat de patient daar het minst last van heeft als ik deze taken niet of nauwelijks waarneem, aanzienlijk te beperken. In het algemeen betreffen het taken die ook anderen kunnen uitvoeren.'

4.4.3. *De taak van specialisten t.a.v. de voorlichting van ziekenhuispatiënten en de terreinafbakening huisarts-specialist*

Tabel 28. De taak van de specialist wat betreft de voorlichting van ziekenhuispatiënten en de terreinafbakening huisarts-specialist

No.	Statement	Percentage huisartsen dat het met statement	
		eens is (score 1 + 2)	oneens is (score 4 + 5)
36.	Het inlichten van de patiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist	34,7	61,3
31.	De huisarts blijft ook medeverantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis	54,9	41,7
33.	De huisarts zou in het ziekenhuis ook sommige van zijn patiënten moeten kunnen behandelen	41,1	49,7

Uit tabel 28 blijkt dat de meerderheid van de huisartsen meende dat voorlichting niet alleen de taak van de specialist is.

Over de vraag of de huisarts ook medeverantwoordelijk blijft voor de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten waren de meningen verdeeld. In de volgende twee citaten komt het standpunt van die huisartsen naar voren, die meenden dat alleen de specialist verantwoordelijk is voor de behandeling van ziekenhuispatiënten.

Een 54-jarige huisarts schrijft: 'Zodra de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen is hij onder de zorg en de behandeling van de specialist, die geheel verantwoordelijk hiervoor is. De huisarts moet belangstelling tonen. Zodra de patient het ziekenhuis verlaat en thuiskomt, is de huisarts weer de man die de verantwoordelijkheid draagt.'

Een 32-jarige huisarts schrijft:

'In concreto is mijn mening dat vanaf het moment dat de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, de huisarts behoort af te zien van zijn verantwoordelijkheid betreffende de behandeling van de patiënt. Intensieve bemoeienis lijkt me voor de specialist hinderlijk en lang niet altijd ten voordele van de patiënt. Dat in grote ziekenhuizen een functionaris bestaat die op diverse niveaus contacten met de buitenwereld regelt, lijkt me zeer zinvol. Ik vind dat de huisarts niet een poging moet doen het aureool te kweken dat hij de enige functionaris is die een multiconditioneel gerichte benadering van zijn medemens beheerst. De periode van toch naar paternalisme en autoritairisme ruikende instelling is verleden tijd.'

In de twee volgende citaten benadrukken twee huisartsen juist het medeverantwoordelijk blijven voor de behandeling van ziekenhuispatiënten. Een 36-jarige huisarts schrijft:

'De huisarts blijft *medebehandelen*, de patient wordt niet tijdelijk geheel overgedragen aan de behandelende sector. Bij veel voorkomende aanpassingsstoornissen bij ziekenhuispatienten zou de specialist de huisarts kunnen vragen om de patient mede te behandelen.'

Een 41-jarige huisarts schrijft 'In de eerste plaats is het belangrijkste motief om ziekenhuispatienten te bezoeken voortzetting van het contact met de patient, de verwijzing naar de specialist wordt door mij gezien als een mee-behandelen, verwijzen betekent voor mij geen afstand doen. Men dient dan ook patienten te bezoeken, tijdgebrek is onzin, het is even belangrijk als het doen van een spreekuur.'

Bleek een kleine meerderheid van mening dat de huisarts medeverantwoordelijk blijft voor de ziekenhuispatienten, minder dan de helft was van mening dat de huisarts zelfstandig patienten zou moeten kunnen behandelen.

Een 42-jarige huisarts schrijft 'Behandeling van patienten door de huisarts in het ziekenhuis lijkt mij in strijd met het feit dat de huisarts juist meer moet kunnen overlaten aan bv. maatschappelijk werkster, dit alles in samenspel. Ditzelfde geldt voor de specialist.'

Een 36-jarige huisarts zou juist wel patienten in het ziekenhuis willen behandelen.

'Als de huisarts zou kunnen behandelen in het ziekenhuis, zou hij met behulp van laboratorium, röntgen en verpleging, veel patienten zelf kunnen doorbehandelen, evt. onder supervisie van de specialist.'

4.5. ENKELE MOGELIJKE BELEMMERINGEN VOOR HET BEZOEKEN VAN ZIEKENHUISPATIENTEN DOOR DE HUISARTS

4.5.1. *Tijdgebrek*

In paragraaf 4.3.5. bleek dat tijdgebrek als voornaamste motief werd opgegeven voor het niet-bezoeken van ziekenhuispatienten. Een aantal citaten kan dit illustreren.

Een 43-jarige huisarts schrijft 'Bij mij berust het weinig bezoeken van ziekenhuispatienten vaak op tijdgebrek. Ik heb de indruk dat er nogal wat huisartsen zijn die de ziekenhuispatienten frequenter met bezoeken om schuldgevoelens te nivelleren, eigen populariteit te verhogen en de praktijk te consolideren.'

Het lijkt de vraag in hoeverre bij de laatste opmerking rationalisatie een rol speelt.

Een 54-jarige huisarts schrijft 'Naar mijn mening is het noodzakelijk dat de instelling t a v het bezoek van de huisarts verandert. De patienten moeten niet meer naar dit bezoek uitzien, het hem ook niet kwalijk nemen als hij niet komt. In deze drukke wereld is niet alles meer mogelijk wat vroeger wel kon. Vaak wordt je door vermoeidheid de lust ontnomen om aan het einde van de middag nog eens naar de stad te rijden om patienten in het ziekenhuis te gaan bezoeken.'

Een 43-jarige huisarts meent 'In de huisartsenpraktijk moet de huisarts zich beperkingen opleggen, de bezoeken zijn te tijdrovend en anderzijds te vluchtig, om die reden heb ik het een half jaar geleden afgeschaft.'

Een 29-jarige huisarts schrijft: 'De gemiddelde praktijkomvang laat m.i. niet toe dat men naast de dagelijkse bezigheden tijd overhoudt om met alle opgenomen patiënten een goed contact te onderhouden. Dit geldt temeer in een grote stad, waar door de centrale G.G. en G.D. regeling de patiënten over talloze ziekenhuizen en specialisten zijn verspreid'.

Dit tijdgebrek wordt o.a. veroorzaakt door de benodigde tijd om in het ziekenhuis te komen, dit bleek voor minder dan de helft van de huisartsen een rol te kunnen spelen (par. 4.2.).

Tabel 29. De mening over enkele belemmeringen voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts en enkele mogelijkheden om het bezoek te vergemakkelijken

I. BELEMMERINGEN		% huisartsen dat het met statement	
No.	Statement	eens is (score 1 + 2)	oneens is (score 4 + 5)
20.	Verkeers- of parkeerproblemen zijn een sterke belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts	29,5	68,1
42.	Het feit dat de huisarts zich in het ziekenhuis op andermans terrein voelt is een belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten	32,3	62,9
43.	De verpleegsters in het ziekenhuis begrijpen eigenlijk niet goed wat de taak van de huisarts is als hij zijn patiënten in het ziekenhuis opzoekt	34,3	42,6
II. MOGELIJKHEDEN om ziekenhuisbezoeken te vergemakkelijken			
46.	Het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts zou zeer vergemakkelijkt worden als alle ziekenhuisfunctionarissen bekend waren met de taak van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten	50,9	16,2
52.	De huisarts zou bij het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten een <i>witte jas</i> moeten dragen, opdat hij voor patiënt en ziekenhuisfunctionarissen herkenbaar zou zijn als functionaris die zijn taak binnen het ziekenhuis vervult	8,0	80,7

We kunnen uit tabel 29 afleiden dat verkeers- en parkeerproblemen slechts voor $\frac{1}{3}$ van de huisartsen een sterke belemmering vormde. Het volgende citaat van een 45-jarige plattelandsarts kan dit illustreren:

'Het bezoeken van ziekenhuispatiënten is een belangrijk onderdeel van ons werk, voornamelijk voor de moral support van de patiënt. Tijdgebrek verhindert een optimale uitvoering van deze taak. Nu een ziekenhuis naar de andere kant van de stad is verplaatst, waar veel verkeersopstoppen voorkomen, is de bezoek-frequentie met \pm de helft gedaald.'

Tijdgebrek wordt verder veroorzaakt door de spreiding van patiënten over veel ziekenhuizen en de benodigde tijd voor ziekenhuisbezoek zelf (zie par. 4.6.).

4.5.2. *Weerstand en tegen het ziekenhuis*

We zagen in par. 4.3.5. dat een klein aantal huisartsen te kennen gaf de ziekenhuispatiënten niet te bezoeken in verband met weerstanden tegen het ziekenhuis. Uit tabel 29 blijkt dat het gevoel zich op andermans terrein te bevinden door $\frac{1}{3}$ van de huisartsen als een belemmering voor het ziekenhuisbezoek ervaren werd. Deze weerstanden tegen het ziekenhuis komen in het volgende citaat van een 48-jarige huisarts ter sprake:

'Ik voel me in die fabriek niet thuis, als ik er eenmaal ben valt het me wel erg mee. Over het geheel heb ik een grote drempelvrees. De mensen in het ziekenhuis doen het als regel bijzonder goed, maar ik heb weinig gemeenschappelijke relatie noch qua werk, noch qua medische interesse. Ik heb persoonlijk zelf een keer in het ziekenhuis gelegen, ik had toen het beste contact met de co-assistent'.

Deze gevoelens lijken merkwaardig indien we bedenken dat de huisarts zijn opleiding in het ziekenhuis genoten heeft. Mogelijk kan dit dan ook op insufficiëntiegevoelens van de huisarts ten aanzien van de specialistische geneeskunde wijzen. Ervaart de huisarts de kloof tussen de extramurale en intramurale zorg als hij in het ziekenhuis komt? Men zou van een identiteitscrisis kunnen spreken. Het feit dat $\frac{1}{3}$ van de huisartsen meende dat de verpleegsters in het ziekenhuis niet begrijpen wat de taak van de huisarts in het ziekenhuis is, lijkt bovenstaande te bevestigen. Het gevoel niet voor 'vol' te worden aangezien verklaart misschien het andere gedrag van huisartsen in het ziekenhuis als bij patiënten thuis. In het volgende citaat komen deze insufficiëntiegevoelens ter sprake:

Een 64-jarige huisarts schrijft: 'Als de huisarts door het ziekenhuispersoneel en de specialist inderdaad als een deskundige zou worden gezien en niet, zoals nu vaak gebeurt, als een soort leverancier van patiënten, die máár huisarts is, zou het bezoeken van ziekenhuispatiënten gemakkelijker worden.

Sommige huisartsen meenden dat het persoonlijk contact met patiënten door het werk van verpleegsters bemoeilijkt werd. Zo schrijft een 43-jarige huisarts:

'Hedenochtend bezocht ik wederom enige patiënten in het ziekenhuis. Daarbij werd ons gesprek voortdurend gestoord door tempererende en polstellende verpleegsters. Op zalen van 8 of 10 patiënten of meer komt van een bezoek doorgaans niets meer terecht dan handen schudden, in de ogen kijken en beterschap wensen'.

Dat overigens de huisartsen zich naar de mening van sommige huisartsen zelf ook niet correct gedragen blijkt uit het volgende citaat van een 63-jarige huisarts:

'Vele huisartsen zouden er goed aan doen tegenover de specialisten dezelfde correctheid te betrachten die zij van hen verwachten. Onlangs vernam ik van de staf van een der ziekenhuizen, dat de huisartsen in hun gedrag niet altijd correct optreden, luidruchtig praten, roken in de gang, met besneeuwde jas een ziekenzaal binnengaan, op het bed van de patient gaan zitten, onvoldoende beleefd tegenover het personeel zijn, te familiair in de omgang met verpleegsters en een slecht voorbeeld voor de leerlingverpleegsters'

De huisarts dient zich uiteraard correct te gedragen en moet ook met de regels van het ziekenhuis rekening houden.

Het onvoldoende geïnformeerd zijn over de toestand van zijn ziekenhuispatienten zou voor de huisarts ook een belemmering kunnen vormen om hen te bezoeken (zie ook par. 4.7.2. en 4.7.4.2.).

Een 29-jarige huisarts schrijft: 'Door regelmatig contact met de specialist zou de huisarts vooral bij langdurige opnames beter geïnformeerd zijn. Hij kan de patient dan ook beter op de hoogte houden wanneer vragen omtrent de behandeling worden gesteld. Onwetendheid remt vaak het bezoeken van patienten.

4.5.3. *Mogelijkheden om het ziekenhuisbezoek te vergemakkelijken*

Naar de mening van de helft van de huisartsen zou bekendheid van de ziekenhuisfunctionarissen met de taak van de huisarts het ziekenhuisbezoek kunnen vergemakkelijken (tabel 29). Het niet herkend worden zou voor de huisarts een probleem kunnen vormen. Uit de tabel blijkt dat het dragen van een witte jas door vrijwel geen enkele huisarts als een oplossing hiervoor werd gezien.

Naar onze mening is het zeker zinvol om bij de opleiding van verpleegsters en andere ziekenhuisfunctionarissen aandacht te besteden aan taak en functie van de huisarts.

Een 59-jarige huisarts schrijft:

'Het verplegend personeel heeft vaak de indruk dat de huisarts weinig weet. Bij de opleiding van het verplegend personeel ware door de docenten-specialisten enige aandacht te besteden aan het werk dat de huisarts buiten het ziekenhuis om doet en meestal goed doet'.

In het volgende citaat van een 39-jarige huisarts worden suggesties gedaan om aan een aantal bezwaren tegemoet te komen:

'een soepelere houding van het verplegend personeel dat, om een voorbeeld te noemen, de huisarts te vaak laat wachten
een herkenbaar insigne voor de huisarts, waardoor geen gevraag en verwarring ('Wie bent U' e.d.) optreedt
een tot twee maal per veertien dagen bezoeken van patienten, waarbij dan tevens een vlot, niet haastig gesprek c.q. overleg tussen patient en huisarts mogelijk is indien de patient om een bezoek van de huisarts vraagt, dient dit door de hoofd-zuster van de afdeling of haar assistente doorgegeven te worden'

4.6. DE SAMENHANG VAN DE BEZOEKFREQUENTIE MET EEN AANTAL FACTOREN

4.6.I. De afstand tot het ziekenhuis en de benodigde tijd om het ziekenhuis te bereiken

Tabel 30. De bezoeks-frequentie en de afstand tot het ziekenhuis, respectievelijk het tijdverlies om het ziekenhuis te bereiken

	Bezoekfrequentie			
	inci- denteel	middel- matig	regel- matig	n
<hr/>				
I. <i>Afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis</i>				
1. minder dan 5 KM.	26,3	32,6	41,1	175 = 100%
2. 5 KM. of meer	37,8	33,8	28,4	148
n =	102	107	114	323
Toets van Wilcoxon U = 2 66 P < 1%				
<hr/>				
II. <i>Benodigde tijd om naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te rijden</i>				
1. minder dan 10 min.	27,1	32,6	40,3	181 = 100%
2. 10 min. of meer	37,1	34,3	28,6	140
n =	101	107	113	321
Toets van Wilcoxon U = 2,38 P < 2½%				
<hr/>				
III. <i>Afstand tot het verst verwijderde ziekenhuis</i>				
1. minder dan 10 KM.	25,6	36,9	37,5	160 = 100%
2. 10 KM. of meer	38,2	28,5	33,3	144
n =	96	100	108	304
Toets van Wilcoxon U = 1.75 5% < P < 10%				
<hr/>				
IV. <i>Benodigde tijd om naar het verstverwijderde ziekenhuis te rijden</i>				
1. minder dan 20 min.	27,5	31,2	41,3	167 = 100%
2. 20 min of meer	35,8	35,8	28,4	134
n =	94	100	107	301
Toets van Wilcoxon U = 2,25 P < 2½%				

Uit tabel 30 blijkt dat er een samenhang bestond tussen de bezoeks-frequentie van de huisartsen en de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

De afstand tot het ziekenhuis is echter een dubbele maat: een korte afstand kan een grote stad betreffen, gepaard gaande met een groot tijdverlies of een provincieplaats, waar een ziekenhuis juist gemakkelijk bereikbaar is. De benodigde tijd om in het ziekenhuis te komen lijkt dan ook een betere maat.

Ook tussen de benodigde tijd om in het ziekenhuis te komen en de bezoekfrequentie bestond een samenhang. Bij meer tijdverlies om in het dichtstbijzijnde resp. het verstverwijderde ziekenhuis te komen, bleek het percentage huisartsen dat zijn patiënten regelmatig bezocht af te nemen.

4.6.2. De urbanisatiegraad

Tabel 31. Bezoekfrequentie en de urbanisatiegraad

Urbanisatiegraad	Bezoekfrequentie			n
	incidenteel	middelmatig	regelmatig	
1. platteland	34,4	23,7	41,9	93 = 100%
2 + 3. verstedelijkt platteland forenzengemeenten	30,4	39,2	30,4	79
4 + 5. plattelandstadjes, kleine steden	22,2	25,9	51,9	27
6. middelgrote steden 30.000-100.000 inwoners	26,0	28,0	46,0	50
7. grote steden, 100.000 of meer inwoners	36,8	44,8	18,4	76
n =	103	108	114	325
$\chi^2 = 21,09 \quad df = 8 \quad P < 1\%$				

Uit tabel 31 blijkt dat er een samenhang bestond tussen de urbanisatiegraad en de bezoekfrequentie. In plattelandstadjes en kleine steden was het percentage huisartsen dat zijn patiënten regelmatig bezocht het hoogste, in de grote steden het laagste.

Zoals reeds eerder gesteld, kan men zich voorstellen dat het ziekenhuis in kleine steden gemakkelijker bereikbaar is, hetgeen ziekenhuisbezoek zou kunnen vergemakkelijken. In de grote steden met veel verkeersproblemen zal ziekenhuisbezoek meer tijd vergen.

4.6.3. Het aantal ziekenhuizen

Uit tabel 32 blijkt dat er een duidelijke samenhang bestond tussen de bezoekfrequentie en het aantal ziekenhuizen waarover de ziekenhuispatiënten verspreid lagen. Bij de huisartsen waarvan de patiënten over 4 of meer ziekenhuizen verdeeld waren, was het percentage dat zijn patiënten regelmatig bezocht, veel lager.

Tabel 32. Bezoekfrequentie en het aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verdeeld waren

Aantal ziekenhuizen	Bezoekfrequentie			n
	inci- denteel	middel- matig	regel- matig	
1 ziekenhuis	30,8	23,1	46,1	39 = 100%
2-3 ziekenhuizen	26,8	31,7	41,5	205
4 of meer ziekenhuizen	43,7	42,5	13,8	80
n =	102	108	114	324

$$\chi^2 = 22,73 \quad df = 4 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

Bij spreiding van zijn patiënten over een groot aantal ziekenhuizen zal niet alleen het ziekenhuisbezoek de huisarts meer tijd gaan kosten, maar zullen ook de communicatieproblemen met de specialist toenemen. Men kan zich voorstellen dat hierdoor het ziekenhuisbezoek negatief beïnvloed wordt. De gevonden verschillen in bezoekfrequentie bij de verschillende urbanisatiegraden hangen waarschijnlijk ook hiermee samen.

4.6.4. *Het belang dat de huisarts aan het bezoek hecht*

Tabel 33. De bezoekfrequentie en het belang van het bezoek

Belang van het bezoek	Bezoekfrequentie			n
	inci- denteel	middel- matig	regel- matig	
van belang (score 1 + 2)	15,4	33,8	50,8	195 = 100%
dubia (score 3)	39,3	39,3	21,3	61
niet van belang (score 4 + 5)	69,7	27,3	3,0	66
n =	100	108	114	322

$$\chi^2 = 85,86 \quad df = 4 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

Uit tabel 33 blijkt dat het al of niet bezoeken van patiënten duidelijk samenhangt met het belang dat de huisarts aan het bezoek hecht. Incidenteel bezoek nam sterk toe, regelmatig bezoek nam sterk af wanneer de huisarts het bezoek van geen belang vond. Opvallend is dat 15% van de huisartsen die dit bezoek wel van belang vonden de patiënten toch zelden bezochten. Anderzijds blijkt dat nog 30% van de huisartsen die het bezoek niet van belang vonden, toch af en toe hun patiënten bezochten. Deze groep komt blijkbaar aan de wensen van zijn patiënten tegemoet.

Uiteraard dienen we te bedenken dat de opgave, dat men het bezoek al of niet belangrijk vond, voor een deel op rationalisatie kan berusten. Met het N.H.G.lidmaatschap, de praktijkervaring en de praktijkgrootte was geen samenhang aantoonbaar.

4.7. DE COMMUNICATIE HUISARTS-SPECIALIST

4.7.1. *De algemene beoordeling van de communicatie met specialisten*

Uit tabel 34 blijkt dat meer dan de helft van de huisartsen de communicatie met de specialist als goed beoordeelde. Goede communicatie met de specialist lijkt een voorwaarde voor goede samenwerking. In onderstaand citaat wordt zelfs gesteld dat, indien de huisarts de betreffende specialist niet waardeert, hij de patiënt naar een andere specialist zou moeten verwijzen.

Een 48-jarige huisarts schrijft 'De eerste taak van de huisarts is om de specialist waarderend tegemoet te treden. Als hij dit niet kan, heeft hij de patient naar de verkeerde specialist verwezen. Dit is een ernstige medisch-ethische fout. Verwijzing is alleen mogelijk naar de specialist, naar wie de huisarts zelf c.q. diens familieleden ook heen zouden gaan.'

Uit een aantal citaten kan men afleiden dat de relatie met specialisten niet altijd optimaal is.

Een 40-jarige huisarts schrijft. 'In de relatie met de behandelend specialist heb ik vaak het gevoel of hij denkt. daar heb je er weer een, terwijl ik nog zoveel te doen heb, hoe kom ik het vlugst van hem af. Als ik informeer naar een patient weet de specialist dikwijls niet over wie ik praat, wat er aan de hand is en hoe het met de patient gaat. Deze opmerkingen zijn niet bedoeld als kritiek op bepaalde personen, maar ik heb de indruk dat men niet genoeg tijd heeft en dat de specialist in andere categorieën denkt'.

Een 42-jarige huisarts 'Zelfs in de periferie waar alle medici elkaar nog wel kennen wordt de huisarts in het ziekenhuis alleen nog door de patienten gewaardeerd. De specialisten hebben, vooral als ze zelf geen huisarts zijn geweest, in het algemeen weinig waardering voor een huisarts, vooral wanneer de specialist gepromoveerd is. Dit wordt door de specialist ook dikwijls geuit bij personeel, patienten en co-assistenten.'

4.7.2. *De feitelijke communicatie huisarts-specialist*

In deze paragraaf zullen we enkele aspecten van de feitelijke communicatie huisarts-specialist nader beschouwen.

Uit tabel 34 blijkt dat de meerderheid van de huisartsen nooit koffieuurtjes bezoekt. Deze lijken dan ook geen grote bijdrage te leveren aan de communicatie tussen huisartsen en specialisten. Slechts de helft van de huisartsen ontving soms tussentijds bericht van de specialist, regelmatige ontvangst hiervan kwam zelden voor. De meerderheid vond dan ook niet dat de specialist vaak overleg over ziekenhuispatiënten pleegde.

Tabel 34. De communicatie huisarts-specialist

Nr.	I. Algemeen oordeel state- ment of vraag	Communicatie		
		goed (score 1 + 2)	matig (score 3)	slecht (score 4 + 5)
15a.	Hoe vindt U in het algemeen de commu- nicatie met de behandelend specialist over Uw ziekenhuispatiënten?	55,2	26,4	17,5
	II. Feitelijke communicatie huisarts-specialist	regelmatig	niet regelmatig	nooit
15b.	Bezoekt U regelmatig koffieuurtjes in het ziekenhuis?	16,3	21,8	60,7
15c.	Ontvangt U tussentijds bericht <i>tijdens</i> <i>opname</i> ?	5,8	43,6	50,6
	Statements	Percentage huisartsen dat het met statements		
		eens is (score 1 + 2)	oneens is (score 4 + 5)	
39.	Specialisten plegen tijdens ziekenhuisop- name vaak overleg met huisartsen over hun patiënten	28,5		68,4
40.	Huisartsen lichten specialisten onvoldoen- de in over hun patiënten die opgenomen worden	48,1		40,8
41.	De specialist licht de huisarts meestal on- voldoende in over zijn ziekenhuispatiënten	34,0		61,7
	Administratie van ziekenhuispatiënten ten dienste van de huisarts	altijd	meestal	soms/nooit
16a.	Ontvangt U bericht van opname?	90,8	7,7	1,5
16b.	Ontvangt U bericht van ontslag?	86,8	9,5	3,4
16c.	Ontvangt U bericht van overlijden (op dezelfde dag)?	28,8	46,3	24,5
	Ziekenhuizen	alle	sommige	geen enkel
16d.	Het bestaan van een kaartstelsel van opgenomen patiënten ten dienste van de huisarts	50,0	16,9	21,2
16e.	Het bijhouden van het kaartstelsel van opgenomen patiënten	goed 57,4	dubieus 7,7	slecht 2,4 onbekend 32,5

n = 326 = 100%

Volgens de huisartsen was tussentijdse informatie over ziekenhuispatiënten geen vaste gewoonte van specialisten.

De huisartsen bleken ook zelfkritiek te tonen, gezien het feit dat de helft van mening was dat zij de specialist onvoldoende inlichtten.

Over de berichtgeving van specialisten waren de huisartsen daarentegen redelijk tevreden.

4.7.3. *Administratie van ziekenhuispatienten ten dienste van de huisarts*

Uit tabel 34 blijkt dat de meeste huisartsen wel bericht van opname en ontslag van ziekenhuispatiënten ontvingen, echter lang niet altijd bericht van overlijden op dezelfde dag. Dit laatste punt komt in een aantal citaten naar voren.

Een 36-jarige huisarts schrijft 'Het niet spoedig contact opnemen met de huisarts bij overlijden van een ziekenhuispatient is bijzonder hinderlijk en negeren van de normale beleefdheidsvormen'

Een 40-jarige huisarts 'Wanneer de algemene toestand van de patient sterk achteruitgaat dient m i de huisarts hiervan bericht te ontvangen Bij overlijden dient de hoofdzuster de huisarts automatisch te bellen'

Lang niet alle ziekenhuizen bleken te beschikken over een kaartsysteem van opgenomen patiënten ten dienste van de huisarts. Indien aanwezig werd dit meestal goed bijgehouden. Uiteraard is een dergelijk kaart-systeem voor de huisarts van groot belang en zal het bestaan hiervan het ziekenhuisbezoek vergemakkelijken.

4.7.4. *Mogelijke verbeteringen van de communicatie huisarts-specialist*

4.7.4.1. Bijdrage van het bezoek van de huisarts aan ziekenhuispatienten ter verbetering van de communicatie huisarts-specialist

Meer dan de helft van de huisartsen meende dat door het betrekken van de huisarts bij de behandeling van ziekenhuispatiënten, de scherpe scheiding tussen extra- en intramurale zorg doorbroken kan worden. Aan de doorbreking van deze scheiding zitten twee aspecten t.w. de relatie ziekenhuispatient-huisarts en de relatie huisarts-specialist. Het eerste aspect, de doorbreking van de discontinuïteit van de zorg voor de patient bij ziekenhuisopname, kwam reeds ter sprake bij de taakomschrijving van de huisarts (par. 4.4.2.). Onderstaande citaten belichten dit nog eens.

Een 39-jarige huisarts 'Het is dezelfde patient, for now and forever'

Een 37-jarige huisarts 'Het probleem van de ziekenhuisopname is vooral het feit dat huisarts en specialist zich meer bewust moeten worden van de noodzaak van de continue zorg Het lijkt me dat, zolang dit proces van bewustwording niet voltooid is, allerlei bijkomstige zaken de huisarts zullen motiveren om zijn ziekenhuispatienten *niet* optimaal te begeleiden en de specialisten zullen motiveren de huisarts onvoldoende in de behandeling te betrekken Men zou zich kunnen voor-

Tabel 35. Mogelijke verbeteringen in de communicatie en informatie huisarts-specialist

Nr	Omschrijving statement	Percentage huisartsen dat het met statement	
		eens is (score 1 + 2)	oneens is (score 4 + 5)
34.	Bijdrage van het bezoek van de huisarts aan ziekenhuispatiënten ter verbetering van de communicatie Door het betrekken van de huisarts bij de behandeling van ziekenhuispatiënten kan de scherpe scheiding extra- intramurale zorg doorbroken worden.	66,2	18,1
23.	Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten wordt de communicatie van de huisarts met de specialist sterk bevorderd	50,6	42,3
Enkele wensen t.a.v. de verbetering van de communicatie			
51.	Het meegeven van een voorlopig ontslag-bericht aan de ontslagen patiënten met gegevens over de diagnose en de therapie om aan de huisarts te overhandigen, is noodzakelijk voor een goede voortzetting van de behandeling thuis	97,2	1,8
35.	De huisarts zou ad hoc ziekenhuisstafbesprekingen over zijn patiënten in het ziekenhuis moeten kunnen bijwonen	86,6	7,1
48.	De specialist zou vaker met de huisarts moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatiënt omdat de huisarts de gezins-situatie kent	83,5	11,3
50.	Het regelmatig sturen van tussentijds bericht over de ziekenhuispatiënt gedurende de opname zou de huisarts in staat stellen veel meer voor zijn ziekenhuispatiënten te doen	70,2	16,9
54.	De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatiënten met de specialist moeten bespreken	48,4	43,6
n = 326 = 100%			

stellen dat de komende artsengeneratie zich meer bewust gaat worden van het belang van een integrale geneeskunde door reeds tijdens de opleiding a.s. huisartsen en a.s. specialisten volgens bepaalde samenwerkingsmodellen te laten samenwerken'.

De laatste huisarts beklemtoont het belang van de toenemende bewustwording, zowel bij specialist als huisarts ten aanzien van de continue, integrale zorg en de noodzaak van bevordering van de motivatie om ziekenhuispatiënten te bezoeken.

Het tweede aspect van de scheiding intra/extramurale zorg betreft de afstand tussen de huisarts, werkzaam in de gemeenschap, en de specialist als ziekenhuisarts. Dit aspect komt ter sprake in statement 23: door het bezoeken van ziekenhuispatiënten wordt volgens de helft van de huisartsen de communicatie met de specialist bevorderd.

Een 41-jarige huisarts meent dat ziekenhuisbezoek een positief effect heeft op de communicatie met de specialist:

‘Bij ziekenhuisbezoek leren de huisarts en de specialist elkaar kennen in hun kwaliteiten, waardoor de onderlinge relatie en communicatie aanzienlijk verbeterd wordt.’

4.7.4.2. Enkele andere wensen t.a.v. de verbetering van de communicatie huisarts-specialist

Uit tabel 35 blijkt dat t.a.v. de verbetering van de communicatie de volgende punten van belang werden geacht (in volgorde van het percentage huisartsen dat een positief oordeel had over het betreffende statement:

- het meegeven van een voorlopig ontslagbericht aan de ontslagen patiënt,

- het ad hoc bijwonen van stafvergaderingen,

- het bijwonen van stafvergaderingen,

- het overleg plegen omtrent het tijdstip van ontslag,

- het sturen van tussentijds bericht.

Dit betreffen dezelfde punten die in de literatuur naar voren komen o.a. in het Rapport van het King Edward's hospital fund.

Het meegeven van een voorlopig ontslagbericht.

Vrijwel alle huisartsen vonden dit noodzakelijk. Dit bericht is ook voor huisartsen die ziekenhuispatiënten niet bezoeken van belang, o.a. omdat sommigen de gewoonte hebben patiënten na ontslag uit het ziekenhuis thuis te bezoeken.

Het bijwonen van stafvergaderingen

De overgrote meerderheid van de huisartsen vond het van belang dat de huisarts ad hoc stafvergaderingen over zijn patiënten zou kunnen bijwonen. Men kan zich echter ook voorstellen dat een of meer huisartsen deel uitmaken van de staf. Dit laatste wordt door 2 citaten geïllustreerd:

Een 42-jarige huisarts: ‘Er zou één huisarts in de ziekenhuisstaf zitting moeten hebben om problemen en wensen van andere huisartsen steeds te kunnen bespreken’.

Een 45-jarige huisarts: ‘Een andere overweging is wel eens geweest om in een ziekenhuis een aantal, liefst ervaren oudere, huisartsen aan te stellen, die een algemene taak zouden hebben. Een belangrijk onderdeel van deze taak zou het begeleiden van patiënten in het ziekenhuis zijn.’

Door een huisarts in de staf op te nemen zouden specialisten meer begrip

kunnen krijgen voor het thuismilieu en mogelijk betere contacten met huisartsen kunnen leggen. Het is duidelijk dat het geen eenvoudige zaak is om huisartsen aan stafvergaderingen te laten deelnemen, daar dit grote organisatorische problemen met zich mee zou brengen. Het zal uiteraard zowel van de huisarts als van de specialist veel tijd vragen. Realisering lijkt slechts mogelijk indien zowel specialisten als huisartsen dit punt belangrijk vinden en het tot bepaalde gevallen beperkt zou blijven.

Het overleg over het tijdstip van ontslag

Een zeer grote meerderheid van de huisartsen bleek méér overleg over het tijdstip van ontslag gewenst te vinden. Het betrekken van de huisarts bij het ontslag zou van belang kunnen zijn door de bekendheid van de huisarts met de gezinssituatie en de verzorgings- en verplegingsmogelijkheden thuis. Specialisten zijn hierover meestal onvoldoende op de hoogte (hoofdstuk I).

Het sturen van tussentijds bericht

Uit de tabel blijkt dat bijna $\frac{3}{4}$ van de huisartsen van mening was dat het sturen van tussentijds bericht van belang is om meer voor ziekenhuispatienten te kunnen doen. Hierbij kunnen we denken aan het geven van voorlichting. Bovendien wordt de huisarts in staat gesteld hierdoor bepaalde categorieën patienten te bezoeken, bv. diegenen die in een levensbedreigende situatie verkeren. Niet alleen wordt hierdoor de huisarts in de gelegenheid gesteld de stervende patient te begeleiden, maar ook worden pijnlijke misverstanden met het gezin van de patient vermeden. Vaak wordt de huisarts immers door gezinsleden benaderd omtrent de toestand van ziekenhuispatienten. Een aantal citaten kan genoemde punten nog illustreren.

Een 45-jarige huisarts schrijft 'In mijn geval is ziekenhuisbezoek zeer tijdrovend. Wanneer men zijn patienten bezoekt vind ik het grote nadeel dat men vaak niets weet of te weten komen kan over de toestand van de patient, wat voor onderzoek is verricht of zal gebeuren. De specialist of hoofdzuster zijn vaak niet aanwezig zodat het moeilijk is inlichtingen te verkrijgen. Tussentijdse berichtgeving zou ideaal zijn maar strandt op tijdgebrek van de specialist. De huisarts kan alleen zijn taak in het ziekenhuis goed verrichten als hij van alles goed op de hoogte is.'

Uit dit citaat blijkt het dilemma van deze huisarts: enerzijds ziet hij wel een taak, anderzijds kan de taak niet goed worden uitgevoerd doordat de huisarts zo slecht op de hoogte is. Wanneer bovendien het bezoek veel tijd kost zal de huisarts minder gemotiveerd zijn, zijn patienten te bezoeken.

Een 60-jarige huisarts schrijft 'Het tijdig op de hoogte stellen van de huisarts bij zeer belangrijke of ingrijpende behandelingen is voor de opvang thuis van de

familieleden van belang, ook voor het vervullen van de brugfunctie is het op de hoogte zijn van de toestand van belang'

Een 38-jarige huisarts schrijft: 'Het meedelen van een infauste prognose dient bij voorkeur in overleg met de huisarts te geschieden, in elk geval moet deze onmiddellijk op de hoogte gesteld worden als zulks is meegedeeld aan de patient of diens familie'.

Een 50-jarige huisarts schrijft: 'Meer actieve rol van de specialist in het benaderen van de huisarts, die vaak te laat wordt ingelicht over therapie of ingreep'

Een 35-jarige huisarts schrijft: 'Betere en frequentere communicatie van specialist met huisarts over het verloop van de ziekte en de gevonden afwijkingen of te verwachten ingreep zou gewenst zijn'

Het bleek ons reeds dat huisartsen slechts zelden tussentijds bericht ontvangen (par. 4.7.2.). Het sturen van tussentijds bericht betekent uiteraard een grote belasting voor de specialist. Deze zal slechts gemotiveerd zijn dit extra werk op zich te nemen als hij zelf van het belang overtuigd is en weet dat de huisarts van dit bericht gebruik zal maken. Over de vraag of de huisarts wekelijks al zijn ziekenhuispatienten met de specialist zou moeten bespreken waren de meningen verdeeld: Iets minder dan de helft van de huisartsen was hiervoor geporteerd.

Een 33-jarige huisarts schrijft: 'Er zou een vaste middag of uur moeten bestaan, waarop de huisarts patienten kan bezoeken en contact kan opnemen met de behandelend specialist, die de huisarts wil en kan ontvangen'

Ook dit punt is niet gemakkelijk te realiseren. We zagen reeds dat slechts $\frac{1}{6}$ van de huisartsen hun ziekenhuispatienten op een vast tijdstip bezoeken. Bij de antwoorden op de laatste open vraag betreffende eventuele andere suggesties bleken nog een tweetal andere punten naar voren te komen, nl. het belang van het inzien van de status van de patiënt en het bereikbaar blijven van de huisarts in het ziekenhuis.

Dit laatste zou kunnen geschieden door de huisarts op te nemen in het oproepsysteem van het ziekenhuis door het beschikbaar stellen van een aantal 'piepers'. In sommige ziekenhuizen, o.a. in Nijmegen is dit inderdaad gerealiseerd.

Ook het inzien van de status kan bijdragen tot meer inzicht van de huisarts in de toestand van zijn patienten.

Een 43-jarige huisarts schrijft: 'Op verzoek moet de volledige status en andere medische gegevens ter inzage gegeven worden, ook na ontslag'.

Een 58-jarige huisarts stelt een zeer modern systeem voor: 'Indien er een algemene status zou zijn, die via een buizenpost verkregen zou kunnen worden in een aparte localiteit waar de huisarts zou kunnen zitten om deze status in te zien, zou dit zeer gemakkelijk zijn en het ziekenhuisbezoek stimuleren

Een 34-jarige huisarts schrijft: 'Het is van belang inzage in de specialistische map te hebben, hierdoor worden dan veel vragen en wensen opgelost en vervuld.

Men kent het programma van de specialist, men weet de uitkomsten van vroegere bepalingen en kan de patient dus informeren over wat geweest is en wat komen zal, zonder de specialist in de wielen te rijden of hem hierover lastig te hoeven vallen. Hij kan overleg plegen met de specialist over het hoe, wat en waarom en is dus direct betrokken bij de behandeling'

Indien de huisarts hierom verzoekt zal in de meeste gevallen de hoofdzuster wel de status aan de huisarts ter inzage geven. Het is echter de vraag of hierdoor de huisarts wel een volledig beeld krijgt van alle overwegingen van de specialist zodat het inzien van de status het contact met de specialist niet geheel vervangen kan.

Samenvattend lijken verschillende verbeteringen mogelijk om het contact specialist-huisarts te bevorderen en om het bezoek van patienten in het ziekenhuis zinvoller te maken. Het lijkt niet onmogelijk dat een aantal huisartsen hierdoor meer gemotiveerd kan worden patienten in het ziekenhuis te bezoeken.

4.8. DE SAMENHANG TUSSEN DE COMMUNICATIE HUISARTS-SPECIALIST EN EEN AANTAL FACTOREN

4.8.1. De bezoekfrequentie

Tabel 36 De communicatie huisarts-specialist en de bezoekfrequentie

Communicatie	Bezoekfrequentie			n
	inci- denteel	middel- matig	regel- matig	
Goed (score 1 + 2)	32,4	25,7	41,9	179 = 100%
Middelmatig (score 3)	32,9	41,2	25,9	85
Slecht (score 4 + 5)	24,6	45,6	29,8	57
	n = 100	107	114	321
$\chi^2 = 13,04$	df = 4	$P < 2\frac{1}{2}\%$		

Uit tabel 36 blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de communicatie huisarts-specialist en de bezoekfrequentie, in die zin dat van de huisartsen, die de communicatie met de specialist als goed beleefden, een hoger percentage hun patienten regelmatig bleek te bezoeken.

Uiteraard kan men uit de tabel niet aflezen of de bezoekfrequentie de communicatie beïnvloedt of dat omgekeerd een goede communicatie de bezoekfrequentie stimuleert. Wel zagen we dat de helft van de artsen meende dat door ziekenhuisbezoek de communicatie verbeterde. (tabel 35)

Een 33-jarige huisarts was van mening dat een goede communicatie het ziekenhuisbezoek kan stimuleren 'Een goede verstandhouding tussen huisarts en specialist beïnvloedt de ziekenhuisbezoeken positief De waardering en bekendheid

met ziekenhuisfunctionarissen spelen in de grootste rol naast de gebondenheid met de patient'

Een 71-jarige huisarts in een van de grote steden schrijft 'In een grote stad is vooral bij opnameregelingen van de ziekenfondspatiënten de relatie huisarts-specialist grotendeels verbroken, hetgeen een slechte invloed heeft op eventueel ziekenhuisbezoek'

4.8.2. *Het aantal ziekenhuizen*

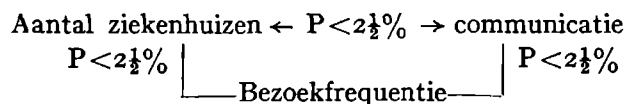
Tussen de communicatie met de specialist en het aantal ziekenhuizen, waarover de patiënten verspreid lagen, bleek een duidelijke samenhang te bestaan (tabel 37).

Tabel 37 De communicatie en het aantal ziekenhuizen

Aantal ziekenhuizen	Communicatie			n
	goed (score 1 + 2)	middel- matig (score 3)	slecht (score 4 + 5)	
1 ziekenhuis	74,3	10,3	15,4	39 = 100%
2 of 3 ziekenhuizen	56,8	26,5	16,7	204
4 of meer ziekenhuizen	43,0	35,5	21,5	79
n =	179	86	57	322

$$\chi^2 = 11,88 \quad df = 4 \quad P < 2\frac{1}{2}\%$$

Van de huisartsen, die hun patiënten als regel in één ziekenhuis lieten opnemen, maakte bijna 75% gewag van een goede communicatie met de specialist, tegenover minder dan de helft van de huisartsen die hun patiënten over vier of meer ziekenhuizen verdeeld hadden liggen. Deze samenhang is begrijpelijk, immers met hoe minder ziekenhuizen en specialisten men te maken heeft, des te beter zal de communicatie zijn. Bij betere communicatie bleek anderzijds het percentage huisartsen dat zijn patiënten regelmatig bezocht hoger te zijn. Het verband tussen het aantal ziekenhuizen, de communicatie huisarts-specialist en de bezoeks-frequentie van de huisarts is in het volgende schema weergegeven:



4.8.3. *Jaren van vestiging als huisarts*

Tussen de communicatie en jaren van vestiging bestond een samenhang in die zin dat bij langere vestigingsduur de communicatie positiever beoordeeld werd. (Tabel 38)

Tabel 38. De communicatie en het aantal jaren van vestiging als huisarts

Jaren van vestiging als huisarts	Communicatie			n
	goed (score 1-2)	middel- matig (score 3)	(zeer) slecht (score 4-5)	
0-4 jaren	46,1	23,1	30,8	52 = 100%
5-19 jaren	58,1	25,7	16,2	179
20 jaren of meer	56,5	30,4	13,1	92
n =	180	86	57	323
Toets van Kruskal Wallis	H = 14,7	df = 2	P < 1%	

Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat jonge huisartsen zich nog in een oriëntatiefase bevinden, waarin de relaties met specialisten nog niet gestabiliseerd zijn. Mogelijk stellen pas gevestigde huisartsen ook hogere eisen aan de communicatie met de specialist dan langer gevestigde artsen.

4.8.4. De urbanisatiegraad

Tabel 39. De communicatie en de urbanisatiegraad

Urbanisatiegraad	Communicatie			n
	goed (score 1 + 2)	middel- matig (score 3)	slecht (score 4 + 5)	
1 platteland	61,3	22,6	16,1	93 = 100%
2 verstedelijkt pl. land	65,3	22,4	12,3	49
3 forenzengemeenten	50,0	20,0	30,0	30
4 + 5 pl. stadjes, kl. steden	70,4	22,2	7,4	27
6 middegrote steden	50,0	36,0	14,0	50
7 grote steden	42,5	32,9	24,6	73
n =	179	86	57	322
Toets van Kruskal Wallis	H = 11,82	df = 5	P < 5%	

Uit tabel 39 blijkt dat er een samenhang bestond tussen de communicatie en de urbanisatiegraad.

In de plattelandsstadjes en kleine steden werd de communicatie het meest positief beleefd, in de grootste steden het slechtst. Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de huisarts in de grote steden met veel meer ziekenhuizen en specialisten te maken heeft. Het bleek ons reeds dat er een verband bestond tussen de communicatie huisarts-specialist en het aantal ziekenhuizen, waarover de patiënten verdeeld waren.

Er bleek geen samenhang te bestaan tussen de communicatie met specialisten en N.H.G.-lidmaatschap, praktijkgrootte, afstand tot het ziekenhuis en tijdverlies om daar te komen.

4.9. SAMENVATTING

Wat het bezoeken van ziekenhuispatiënten betreft bleek $\frac{1}{3}$ van de Nederlandse huisartsen hun patiënten regelmatig te bezoeken (minstens $3 \times$ per maand), $\frac{1}{3}$ middelmatig vaak (minstens $1 \times$ per maand) en $\frac{1}{3}$ nooit of incidenteel.

Er bestond een duidelijke samenhang van de bezoekfrequentie met:

de benodigde tijd om in het ziekenhuis te komen; bij toenemend tijdverlies nam het percentage huisartsen dat zijn patiënten regelmatig bezocht af.
het aantal ziekenhuizen; bij verdeling van de patiënten over meer dan drie ziekenhuizen kwam regelmatig bezoek bij een veel lager percentage huisartsen voor.

de urbanisatiegraad; bij de hoogste urbanisatiegraad kwam regelmatig bezoek bij een veel lager percentage huisartsen voor. $\frac{1}{3}$ Van de huisartsen ondervond dan ook verkeers- en parkeerproblemen.

het belang dat de huisarts aan het bezoek hechtte; de helft van de huisartsen die ziekenhuisbezoek belangrijk vonden, bezocht zijn patiënten dan ook regelmatig.

het algemeen oordeel over de communicatie met specialisten; goede communicatie ging gepaard met een hoger percentage huisartsen dat zijn patiënten regelmatig bezocht.

Met de praktijkgrootte bestond geen samenhang.

Hoewel vrijwel alle huisartsen meenden dat ziekenhuispatiënten hun bezoeken op prijs stelden, achtte slechts iets meer dan de helft dit zelf van belang. Als belangrijkste motief voor ziekenhuisbezoek werd het tonen van belangstelling en de continue, persoonlijke zorg voor de patiënt genoemd.

Als het belangrijkste motief om patiënten niet te bezoeken werd tijdgebrek genoemd.

Bij het bezoeken van hun patiënten hielden de huisartsen volgens eigen opgave voornamelijk rekening met de ernst van de ziekte en de band met de patiënt, niet met het al of niet particulier patiënt zijn.

Wat het gedrag ten aanzien van ziekenhuispatiënten betreft bleek de grote meerderheid van de huisartsen het tonen van belangstelling van belang te vinden, evenals het nemen van tijd voor het bezoek.

De belangrijkste taken van de huisarts bij ziekenhuispatiënten waren volgens henzelf:

het helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen,

het vergemakkelijken van de overgang van het ziekenhuis naar het gezin,

het op de hoogte houden van het gezin van de toestand van de patiënt,
het laten uitspreken van zorgen en problemen,
het geven van voorlichting over ziekte.

De helft van de huisartsen meende een belangrijke bijdrage tot de behandeling te kunnen leveren.

Voorlichting werd niet alléén als een taak van de specialist gezien.

Over de vraag of de huisarts medeverantwoordelijk blijft voor de behandeling waren de meningen verdeeld. Slechts een minderheid wilde zelf ziekenhuispatiënten behandelen.

De communicatie met specialisten werd door meer dan de helft van de huisartsen als goed ervaren. Bij verspreiding van de patiënten over meer dan drie ziekenhuizen en bij een hogere urbanisatiegraad bleek de communicatie slechter te zijn.

Koffie-uurtjes bleken slecht bezocht te worden.

Bericht van overlijden werd door veel huisartsen niet dezelfde dag ontvangen.

Wat betreft de administratie van ziekenhuizen ten dienste van de huisarts bleken de meeste huisartsen wel bericht van opname en ontslag te ontvangen. Een kaartstelsel van opgenomen patiënten ten gerieve van de bezoekende huisartsen was niet altijd aanwezig.

De meerderheid van de huisartsen bleek de volgende wensen ten aanzien van verbetering van de communicatie met specialisten te hebben:

het meegeven van een voorlopig ontslagbericht,
het ad hoc kunnen bijwonen van stafvergaderingen,
frequenter overleg over het tijdstip van ontslag van ziekenhuispatiënten.

De helft was voorstander van wekelijkse patiëntenbesprekingen tussen huisartsen en specialisten.

4.10. CONCLUSIES

Uit de gegevens van dit deel van ons onderzoek blijkt dat slechts een deel van de Nederlandse huisartsen zijn patiënten min of meer regelmatig bezoekt, ondanks het feit dat de meerderheid dit wel van belang vindt en ook een duidelijke taak bij ziekenhuispatiënten ziet. Deze taak blijkt in het verlengde van de algemene taak van de huisarts te liggen: het verlenen van continue, persoonlijke, integrale zorg aan patiënt en gezin.

De huisarts is in staat aandacht te schenken aan die aspecten van de behandeling van ziekenhuispatiënten die in het ziekenhuis vaak verwaarloosd worden (hoofdstuk 1). Daarom kan de huisarts een tegenwicht

vormen tegen de vertechniseerde, soms onpersoonlijke ziekenhuisgeneeskunde en kan hij de continuïteit van de patiëntenzorg helpen waarborgen door de kloof tussen ziekenhuis- thuismilieu te overbruggen.

Tijdgebrek bleek het belangrijkste motief te zijn om patiënten niet te bezoeken.

Ons onderzoek wijst erop dat dit zeker een belemmerende factor is, gezien de negatieve samenhang tussen het ziekenhuisbezoek en de urbanisatiegraad, het tijdverlies om in het ziekenhuis te komen en de verdeling van patiënten over veel ziekenhuizen.

Het feit dat tussen praktijkgrootte en bezoekfrequentie geen verband gevonden werd, zou er op kunnen wijzen dat de factor tijd toch betrekkelijk is.

Wij signaleren dan ook andere factoren, met name insufficiëntiegevoelens bij sommige huisartsen. Zou er volgens hen geen plaats meer voor de huisarts in het ziekenhuis zijn?

Het lijkt wel of in de verstedelijkte gebieden een circulus vitiosus ontstaat: door een aantal belemmerende factoren vermindert de bezoekfrequentie, hetgeen de communicatie met specialisten negatief beïnvloedt, waardoor de bezoekfrequentie verder zal afnemen. Hoewel de huisartsen de communicatie met specialisten positief beoordeelden, bestaan er veel wensen deze te verbeteren.

Willen we proberen de belemmeringen voor ziekenhuisbezoek weg te nemen en de gewenste verbeteringen in de communicatie huisarts-specialist realiseren, dan zullen we moeten aantonen dat deze ontwikkeling dringend gewenst is. We menen dat daarbij de mening van patiënten niet gemist kan worden.

Dit brengt ons op de vraag of de meningen van patiënten en huisartsen met elkaar in overeenstemming zijn.

In het volgende hoofdstuk zullen we hierop nader ingaan en tevens de locale situaties van de vier ziekenhuizen, waar patiënten geënuquêteerd werden, aan een nadere beschouwing onderwerpen.

5. DE ENQUÊTES BIJ VIER GROEPEN LOCALE HUISARTSEN

5.1. INLEIDING EN RESPONS OP DE LOCALE HUISARTSEN-ENQUÊTES

Hebben wij ons in het vorige hoofdstuk bezig gehouden met de mening van de Nederlandse huisarts, in dit hoofdstuk keren we weer terug naar de vier ziekenhuizen waar wij patiënten geënuquêteerd hebben. Onze aandacht richt zich thans op de huisartsen die regelmatig patiënten in deze ziekenhuizen laten opnemen.

Met de in het vorige hoofdstuk verkregen gegevens willen we trachten eventuele verschillen in gedrag, taakopvatting en communicatie met specialisten bij de vier groepen huisartsen te verklaren.

Deze huisartsen dienen bovendien als tegenhanger van de geënuquêteerde patiënten, waarbij we hun oordeel met dat van de huisartsen willen vergelijken.

De respons op de lokale huisartsenenquêtes was goed te noemen. Van de 222 huisartsen die aangeschreven werden, repondeerden 180 (81%). De verdeling over de vier plaatsen was als volgt.

	Aangeschreven abs.	Gerespondeerd abs. percentage	Percentage van de totale groep
Plaats A	52*	35 (67)	19,5
Plaats B	104	88 (85)	48,9
Plaats C	31	24 (77)	13,3
Plaats D	35	33 (94)	18,3
n =	222	180 (81)	100,0

* Het voor een grote stad relatief lage aantal huisartsen werd veroorzaakt doordat alleen die huisartsen bij het onderzoek betrokken zijn, die regelmatig patiënten in het betreffende ziekenhuis lieten opnemen.

De totale respons lag dus iets hoger dan die van de landelijke enquête. Het is niet mogelijk om na te gaan of de responderende groep representatief is voor de groep aangeschreven huisartsen.

5.2. DE LOCALE EN DE LANDELIJKE ENQUÊTES VERGELEKEN

Indien we de vier groepen locale huisartsen als één groep beschouwen en vergelijken met de landelijke groep huisartsen, dan blijken er geen grote verschillen te bestaan (zie bijlage H).

Op een aantal belangrijke punten zijn de uitslagen van de beide groepen huisartsen getoetst nl. op: het N.H.G.lidmaatschap, het al of niet apotheekhoudend zijn, het jaar van vestiging, de praktijkgrootte, het aantal ziekenhuizen waarover de patiënten verdeeld lagen en de bezoekfrequentie (zie bijlage L.I).

Voor al deze factoren werd geen significant verschil gevonden tussen de landelijke en de locale groep huisartsen.

Voor het N.H.G. lidmaatschap leek er een tendens te bestaan in die zin dat bij de locale groep huisartsen relatief meer N.H.G.leden voorkwamen. Voor de urbanisatiegraad werd wel een significant verschil gevonden.

Tabel 40. De urbanisatiegraad van de landelijke groep huisartsen vergeleken met die van de locale groep huisartsen

	Urbanisatiegraad	Landelijk	Locaal
	1	28,6	26,1
	2 + 3	24,2	15,5
	4 + 5	8,3	16,7
	6	15,3	—
	7	23,6	41,7
n = 326 = 100%		180	
$\chi^2 = 11,83$	df = 4	P < 1%	

Bij de locale groep huisartsen ontbrak urbanisatiegraad 6 en was er een oververtegenwoordiging van huisartsen uit urbanisatiegraad 7, 4 en 5. Dit is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat wij vier ziekenhuizen in zeer uiteenlopende situaties hebben gekozen.

Uit het feit dat voor een aantal belangrijke gegevens geen verschil aantoonbaar was zou men kunnen concluderen dat de locale groep huisartsen niet in sterke mate afwijkt van de landelijke groep.

5.3. DE LOCALE ENQUÊTES ONDERLING VERGELEKEN

5.3.1. Enkele gegevens betreffende de samenstelling van de vier groepen huisartsen

Tussen de vier groepen huisartsen bestonden enkele duidelijke verschillen (tabel 41).

Voor de urbanisatiegraad vond geen toetsing plaats daar de vier plaatsen o.a. op grond van verschil in urbanisatie gekozen waren.

Tabel 41. Enkele verschillen tussen de vier groepen huisartsen

1. Jaar van vestiging	A	B	C	D	n
0-4 jaar	6,1	12,5	12,5	36,4	28
5-19 jaar	69,7	64,8	58,3	48,5	110
20 jaar of meer	24,2	22,7	29,2	15,1	40
n =	33 = 100%	88	24	33	178
$\chi^2 = 14,40$ $df = 6$ $P < 2\frac{1}{2}\%$					
2. Praktijkgrootte					
klein (kleiner dan 2000)	6,2	10,3	8,3	6,1	15
middelgroot (2000 t/m 3499)	34,4	47,2	29,2	78,8	85
groot (3500 of meer)	59,4	42,5	62,5	15,2	76
n =	32 = 100%	87	24	33	176
Berekening van Kruskal Wallis $H = 13,14$ $df = 3$ $P < \frac{1}{2}\%$					
3. Aantal ziekenhuizen					
Meer dan 3* ziekenhuizen	90,0	15,9	12,5	18,1	53
n =	33 = 100%	88	24	33	178
Berekening van Kruskal Wallis zie bijlage L.2 $P < \frac{1}{2}\%$					
4. Urbanisatiegraad					
1. platteland	0,0	28,4	33,3	42,4	47
2 + 3. verstedelijkt platteland	0,0	17,0	25,0	21,2	28
4 + 5. plattelandsstadjes, kleine steden	0,0	9,1	41,7	36,4	30
7. grote steden	100,0	45,5	0,0	0,0	73
n =	33 = 100%	88	24	33	178

* Terwille van de overzichtelijkheid is deze tabel vereenvoudigd weergegeven (zie verder bijlage L.2)

Uit de tabel blijkt dat er bij de responderende groep huisartsen in D een oververtegenwoordiging van pas gevestigde huisartsen bestond.

In A valt het lage percentage pas gevestigde huisartsen op. Dit is begrijpelijk gezien het feit dat A een grote stad in de randstad Holland betreft.

Bij de responderende groep huisartsen in D kwamen relatief minder grote praktijken voor, in A en C was het percentage grote praktijken juist hoog.

Wat betreft het aantal ziekenhuizen blijkt dat de huisartsen in A vrijwel allen met meer dan 3 ziekenhuizen te maken hadden, bij de drie andere plaatsen betrof dit steeds een kleine minderheid.

Wat betreft de urbanisatiegraad kan het volgende gezegd worden:

A vertegenwoordigt een groep huisartsen uit een grote stad, 100% typeerde ook de eigen praktijk als stedelijk.

B laat huisartsen uit alle urbanisatiegraden zien.

C laat een hoog percentage huisartsen uit plattelandstadsjes en kleine steden zien: $\frac{1}{4}$ van hen typeerde dan ook het praktijkgebied als gemengd.

D vertoont een hoog percentage plattelandsartsen en huisartsen uit kleine steden; de meerderheid typeerde het praktijkgebied als platteland.

5.3.2. *Verskil in bezoeksfrekwentie en in factoren* waarmee het bezoeken van ziekenhuispatiënten verband hield*

5.3.2.1. Verskil in bezoeksfrekwentie

Tabel 42. Bezoeksfrekwentie van de vier groepen huisartsen

Bezoeksfrekwentie	A	B	C	D	n
incidenteel	51,5	36,4	20,8	30,3	64
middelmatig	33,3	35,2	33,3	36,4	62
regelmatig	15,2	28,4	45,9	33,3	52
n =	33 = 100%	88	24	33	178

Berekening van Kruskal Wallis $H = 9,55$ $df = 3$ $P < 2\frac{1}{2}\%$

De bezoeksfrekwentie bleek plaatselijk sterk uiteen te lopen (tabel 42). De helft van de huisartsen in A bezocht vrijwel nooit ziekenhuispatiënten.

Daarentegen bezocht in C vrijwel de helft van de huisartsen hun patiënten regelmatig, slechts $\frac{1}{5}$ deed dit vrijwel nooit.

In D bezocht $\frac{1}{3}$ van de huisartsen zijn patiënten regelmatig.

Voor middelmatig bezoek bestonden geen plaatselijke verschillen. Deze gegevens stemmen in grote lijnen overeen met die van de enquêtes bij patiënten. Volgens opgave van ziekenhuispatiënten was het percentage huisartsen in A dat zijn patiënten bezocht het laagst, in C en D juist het hoogst. (par. 3.7.2.)

5.3.2.2. Verskil in factoren waarmee het bezoek van ziekenhuispatiënten verband hield

Hoe kunnen we de verschillen in bezoeksfrekwentie verklaren?

* Zie par. 4.6.

Bij de landelijke enquête bleek het percentage huisartsen dat zijn patiënten regelmatig bezocht, lager te zijn indien de patiënten over vier of meer ziekenhuizen verdeeld lagen. Hetzelfde gold bij hogere urbanisatiegraad. Beide factoren hangen nauw samen. In A bleek dat vrijwel alle huisartsen hun patiënten over meer dan drie ziekenhuizen verdeeld hadden liggen en dat allen tot de hoogste urbanisatiegraad behoorden (par. 5.3.1.). Dit kan de lage bezoekfrequentie verklaren.

Daar in C en D relatief de meeste huisartsen in kleine steden woonden zou hierdoor omgekeerd de hogere bezoekfrequentie verklaard kunnen worden.

In tabel 43 wordt de mening van de vier groepen huisartsen weergegeven over een tweetal statements, betreffende belemmeringen voor ziekenhuisbezoek door de huisarts.

Tabel 43. Een tweetal statements betreffende belemmeringen voor ziekenhuisbezoek door de huisarts, waarover de meningen van de vier groepen huisartsen verdeeld waren

Num- mer state- ment	Omschrijving statement	A Percentage huisartsen per plaats dat het met state- ment eens is	B	C	D	n	Toetsing	Bij- lage
20.	Verkeers- of parkeer- problemen zijn een sterke belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispa- tiënten door de huis- arts	75,8	22,9	20,7	29,0	58	$P < \frac{1}{2}\%$ *	L.3
	n =	33 = 100%	83	22	31	169 = 100%		
43.	De verpleegsters in het ziekenhuis be- grijpen eigenlijk niet goed wat de taak van de huisarts is als hij zijn patiënten in het ziekenhuis be- zoekt	63,6	33,3	33,3	43,8	72	$5\% < P < 10\%$	L.4
	n =	33 = 100%	87	24	32	176 = 100%		

* Toetsing voor de samenhang tussen het percentage positieve, resp. negatieve antwoorden en plaats van de groep huisartsen

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat de huisartsen in A in tegenstelling tot die in de andere plaatsen in meerderheid van mening waren dat verkeers- en parkeerproblemen een belemmering vormen voor het bezoeken

van ziekenhuispatienten Deze verkeersproblemen hangen uiteraard samen met de hoge urbanisatiegraad. Meer dan de helft van de huisartsen in A meende bovendien dat verpleegsters de taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatienten niet begrepen. Het verschil met de andere drie groepen was wat dit betreft echter niet significant. Het lijkt mogelijk dat de lage bezoekfrequentie leidt tot minder begrip voor de huisarts bij het verplegend personeel. Anderzijds kan ook de houding van de verpleegsters in een grote stad formeler zijn dan in kleinere plaatsen. Dit kan omgekeerd weer een belemmering vormen voor de huisarts om ziekenhuispatienten te bezoeken.

Overigens dienen we zeker rekening te houden met een mate van rationalisatie van de huisarts bij het beantwoorden van deze vraag.

Een aantal citaten van huisartsen uit A kan het voorgaande nog illustreren.

Een 61-jarige huisarts In A is een groot aantal ziekenhuizen Het parkeerprobleem voor sommige ziekenhuizen is zo, dat het bezoek aldaar veel tijd kost Doordat de opname voor het ziekenfonds geregeld wordt door de G G en G D hoort men pas achteraf dat een patient opgenomen is en waar Overleg met specialist is niet mogelijk, brieven aan patienten meegeven lukt niet, want dan verdwijnen de brieven in de administratie van de G G en G D en komen niet in het ziekenhuis Bij bezoeken van patient vrij onbehouden ontvangst '

Een 57-jarige huisarts 'In A is door de verkeerssituatie, de grote praktijken en het tekort aan huisartsen bezoeken van ziekenhuispatienten zeer moeilijk'

De bij het onderzoek gevonden factoren komen in deze citaten duidelijk naar voren.

De houding van het verplegend personeel komt in het volgende citaat duidelijk naar voren.

Een 52-jarige huisarts 'Er wordt in iedere gang door een verpleegster gevraagd wat men komt doen Als suggestie een telefoontje van de portier naar zaal- of hoofdzuster'

Blijft uiteraard de vraag in hoeverre de huisarts de door hem als negatief bestempelde houding van de verpleegster juist beoordeeld heeft, of dat deze houding inderdaad negatief genoemd moet worden.

Bij ons landelijk onderzoek leken de communicatie met de specialist en de bezoekfrequentie elkaar te beïnvloeden. Hierop zal in paragraaf 5 3.4. nader worden ingegaan. Wat betreft het rekening houden met bepaalde factoren bij het bezoeken van ziekenhuispatienten waren geen verschillen aantoonbaar. (Zie par. 4.3 3.)

5.3.3. *Verschillen in opvatting over het gedrag en de taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatienten bij de vier groepen huisartsen*

Tussen de meeste uitspraken ten aanzien van het gedrag en de taak van de huisarts met betrekking tot zijn ziekenhuispatienten waren geen ver-

schillen aantoonbaar. Ook als we rekening houden met de mogelijkheid dat dit mede berust op de relatief kleine getallen, is dit toch opvallend, daar voor de bezoekfrequentie en een aantal daarmee samenhangende factoren, wel verschillen aantoonbaar waren. Voor één statement kon een verschil worden aangetoond. (tabel 44)

Tabel 44 Een statement betreffende de taak van de specialist ten aanzien van de voorlichting van ziekenhuispatienten, waarover de meningen van de vier groepen huisartsen verdeeld waren

Num- mersta- ment	Omschrijving statement	A Percentage huisartsen dat het met statement eens is	B	C	D	n
36	Het inlichten van de patient over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist	34,4	20,7	42,9	46,9	53
	n =	32 = 100%	87	21	32	172

Toetsing voor de samenhang tussen het percentage positieve resp negatieve antwoorden en plaats van de groep huisartsen $P < 2\frac{1}{2}\%$, zie bijlage I. 5

Slechts een kleine minderheid van de huisartsen in B was van mening dat het inlichten van de patiënt geheel de taak van de specialist was, tegen bijna de helft van de huisartsen in D. De huisartsen in D lijken dus in dit opzicht meer aan de specialist te willen overlaten, zelfs meer dan in de grote stad A.

5.3.4. *Verschillen in de communicatie huisarts-specialist bij de vier groepen huisartsen*

Wat betreft de communicatie huisarts-specialist bleken grote verschillen te bestaan tussen de vier groepen huisartsen, zowel wat betreft de algemene beleving ervan als t.a.v. het feitelijk contact (tabel 45).

Uit tabel 45 blijkt dat de meerderheid van de huisartsen uit A de communicatie als slecht beleefden, die in C en D juist als goed. De goede communicatie in D krijgt nog meer reliëf indien we bedenken dat in D relatief meer jonge huisartsen aan de enquête deelgenomen hebben. Deze groep bleek bij de landelijke enquête de communicatie negatiever te beoordelen.

De slechte communicatie in A, is gezien de gegevens van de landelijke enquête begrijpelijk. Een hoge urbanisatiegraad en verdeling van patienten over een groot aantal ziekenhuizen als in A ging immers met een slechte communicatie gepaard.

Tabel 45. Communicatie huisarts-specialist per groep huisartsen**

	A	B	C	D	n	Toetsing	Bijlage
1. <i>Communicatie huisarts-specialist</i> Percentage huisartsen dat de communicatie als goed beleeft (vraag 15a)	15,2	48,8	75,0	69,7	88	$P < \frac{1}{2}\%$ *	L.6
n =	33 = 100%	86	24	33	176		
2. <i>Bezoeken van koffieuurtjes</i> Percentage huisartsen dat koffieuurtjes regelmatig bezoekt (vraag 15b)	12,1	10,5	4,3	33,3	25	$P < 1\%$ *	L.7
n =	33 = 100%	86	23	33	175		
3. <i>Ontvangst van bericht tijdens opname</i> Percentage huisartsen dat dit bericht min of meer regelmatig ontvangt (vraag 15c)	33,3	39,5	29,2	69,7	75	$P < \frac{1}{2}\%$	L.8
n =	33 = 100%	86	24	33	176		
4. <i>Ontvangst van opnamebericht</i> Percentage huisartsen dat dit bericht altijd of meestal van het ziekenhuis ontvangt (vraag 16a)	96,9	69,3	100,0	100,0	150	$P < \frac{1}{2}\%$ *	L.9
n =	33 = 100%	88	24	33	178		
5. <i>Ontslagbericht van het ziekenhuis</i> Percentage huisartsen dat dit bericht altijd of meestal ontvangt (vraag 16b)	100,0	98,8	100,0	60,6	163	$P < \frac{1}{2}\%$ *	L.10
n =	33 = 100%	87	24	33	177		
6. <i>Bericht van overlijden op dezelfde dag</i> Percentage huisartsen dat dit bericht altijd of meestal ontvangt (vraag 16c)	18,2	93,1	91,6	81,8	136	$P < \frac{1}{2}\%$	L.11
n =	33 = 100%	87	24	33	177		

* Deze toetsing geschiedde volgens berekening van Kruskal Wallis

** Terwille van de overzichtelijkheid zijn alleen positieve uitslagen vermeld (zie verder betreffende bijlage)

Op de wisselwerking tussen de lage bezoekfrequentie en de communicatie werd reeds gewezen. De slechte communicatie in A blijkt bv. uit het feit dat relatief zelden bericht van overlijden werd ontvangen. De goede communicatie komt in D tot uiting in het hoge percentage huisartsen dat koffieuurtjes bezocht en de frequente ontvangst van tussentijds bericht; in C is dit niet het geval.

De locale verschillen in ontvangst van opname- en ontslagbericht duiden meer op verschillen in administratie van de betreffende ziekenhuizen dan op verschillen in de communicatie huisarts-specialist.

5.3.5. *De mening van ziekenhuispatiënten vergeleken met die van de lokale groep huisartsen*

5.3.5.1. *De verwachtingen van ziekenhuispatiënten vergeleken met de mening van de lokale groep huisartsen*

Enkele statements van de huisartsenenquête, met name die statements die betrekking hebben op de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het gedrag en de taak van de huisarts en de specialist vinden hun tegenhanger bij enkele statements van de patiëntenenquête.

Daar de uitspraak in het ene geval verwachtingen van de patiënten betreft en in het andere geval de taakopvatting van de huisarts, lijkt wel vergelijking mogelijk, doch is statistische toetsing hier niet op zijn plaats.

Tabel 46. De verwachtingen van ziekenhuispatiënten vergeleken met de taakopvatting van de lokale groep huisartsen

No statement patienten- enquête	Korte omschrijving statement	Percentage patienten dat het met statement eens is* (score 1 + 2)	No statement huisarts- enquête	Percentage huisartsen dat het met statement eens is * (score 1 + 2)
<i>I. Gedrag van de huisarts</i>				
25.	Tonen van belangstelling	83,4	21	83,9
30.	Tijd nemen voor bezoek	83,1	29	81,7
<i>II Taak van de huisarts</i>				
26.	Hulp bij belangrijke beslissingen	65,6	37	90,0
31.	Overleggen met specialist over tijdstip van ontslag	66,4	48	87,8
40	Bezoeken om gezin op de hoogte te houden	54,3 (35,7)	47	61,7 (28,3)
28	iets uitleggen over ziekte	70,4	28	57,7 (35,0)
32.	Gemakkelijker uitspreken van zorgen en problemen	41,0 (50,5)	25	66,1 (26,7)
36	Andere functionarissen kunnen net zo goed helpen bij het verwerken van problemen	54,6 (31,6)	32	50,6 (41,2)
33	Lichamelijke klachten gemakkelijker vertellen dan bij specialist	25,5 (66,5)	26	44,5 (38,3)
<i>III. Taak van de specialist</i>				
39	Inlichten patient is geheel de taak van de specialist	86,7	36	30,6 (66,1)
<i>IV. Waardering huisarts</i>				
35.	In het ziekenhuis is huisarts niet meer zo belangrijk	45,2 (46,5)	45	38,9 (56,7)

* Tussen haakjes is het percentage patienten resp huisartsen vermeld dat het met statement *oneens* is (score 4 + 5).

Ten aanzien van *het gedrag van de huisarts* is er een zeer grote overeenkomst tussen datgene dat de patiënt verwachtte en datgene dat de huisarts als een juist gedrag ten aanzien van zijn patiënten zag.

Ten aanzien van *de taak van de huisarts* bestond eveneens een grote mate van overeenstemming tussen datgene dat ziekenhuispatiënten van hun huisarts verwachtten en hetgeen huisartsen als taak bij hun patiënten zagen.

Op vrijwel alle statements gaven de huisartsen een positievere score dan de patiënten. Beschouwing van de resultaten van statement 32 van de patiëntenenquête – het uitspreken van zorgen en problemen – leidt tot de conclusie dat hier een minderheid van de patiënten tegenover een meerderheid van de huisartsen stond.

Alleen wat betreft statement 28, het geven van voorlichting, spraken patiënten zich positiever uit dan huisartsen.

Wat betreft de opvatting over *de taak van de specialist* betreffende de voorlichting bestond wel een duidelijk verschil tussen patiënten en huisartsen. De grote meerderheid van de patiënten was van mening dat het inlichten geheel de taak van de specialist is, bij de huisartsen lag dit juist omgekeerd.

In hoofdstuk III veronderstelden we dat de patiënten aanvullende voorlichting van de huisarts verwachtten. Gezien de hoge verwachtingen van de patiënten in dit opzicht lijkt deze veronderstelling juist te zijn. Bij de beantwoording van het statement betreffende de voorlichting door specialisten hebben de patiënten waarschijnlijk niet zozeer het accent gelegd op 'is *geheel* de taak van de specialist', de huisartsen juist wél. Door het betreffende statement in meerderheid negatief te beantwoorden hebben de huisartsen willen benadrukken de voorlichting van ziekenhuispatiënten niet als een taak uitsluitend van de specialist te zien.

Concluderend kan men stellen dat de opvatting van de huisartsen omtrent hun gedrag en taak bij ziekenhuispatiënten in hoge mate overeenstemde met hetgeen patiënten van hen verwachtten en dat de huisartsen hun taak over het algemeen nog hoger waardeerden dan hun patiënten.

Er zij hier nogmaals op gewezen dat uit de patiëntenenquête gebleken is dat de huisartsen niet aan de verwachtingen van hun patiënten voldeden en zeker niet waar maakten hetgeen zij naar eigen zeggen als hun taak tegenover hun ziekenhuispatiënten zagen.

5.3.5.2. De mening van ziekenhuispatiënten over de bezoeken van de huisarts vergeleken met de mening van de huisartsen

Van de lokale huisartsen bleek $\frac{1}{3}$ hun patiënten incidenteel, ruim $\frac{1}{3}$ middelmatig vaak en ruim $\frac{1}{4}$ regelmatig te bezoeken (zie bijlage H). Volgens opgave van de patiënten was $\frac{1}{4}$ van diegenen die 1-2 weken op-

genomen waren bezocht (par. 3.2.1.). Deze groep patiënten zal in de meeste gevallen alleen door de laatstgenoemde categorie huisartsen bezocht zijn, zodat de gegevens globaal genomen met elkaar overeen lijken te stemmen. Van de langdurig gehospitaliseerde patiënten (6 weken of meer) bleek 40% bezocht te zijn.

Volgens opgave van de huisartsen zou van deze categorie echter $\frac{2}{3}$ bezocht moeten zijn. We dienen evenwel te bedenken dat juist van deze categorie patiënten een aantal van ons onderzoek moest worden uitgesloten in verband met de ernst van hun ziekte. In hoeverre dit de discrepantie tussen de opgave van de patiënten en die van de huisartsen kan verklaren is niet na te gaan.

Wat het bezoeken van bepaalde categorieën ziekenhuispatiënten betreft bestond ook bij de lokale huisartsen een voorkeur voor de ernstig zieken en voor diegenen met wie de huisarts zich nauw verbonden voelde. Met het al of niet particulier patiënt zijn zou door vrijwel geen enkele huisarts rekening worden gehouden volgens opgave van de huisartsen (tabel 47).

Tabel 47. Het rekening houden met bepaalde factoren bij ziekenhuisbezoek (volgens opgave van vier groepen huisartsen)

Factor	Percentage huisartsen dat rekening hield met bepaalde factor				n
	veel	dubia	weinig	onbekend	
	(score 1 + 2)	(score 3)	(score 4 + 5)		
ernst van de ziekte	77,3	3,9	7,7	11,1	180 = 100%
band met de patiënt	59,6	14,4	16,6	9,4	180
particulieren	2,8	12,2	75,6	9,4	180

Volgens opgave van de patiënten werden patiënten met meer ziekenhuiservaring vaker bezocht. Daar frequente hospitalisatie op een ernstigere ziekte kan wijzen en tot een nauwe band tussen patiënt en huisarts kan leiden, lijkt de opgave van de huisartsen in dit opzicht bij die van de patiënten aan te sluiten.

Gezien het feit dat volgens de patiënten klassepatiënten vaker bezocht werden, lijkt de opgave van de huisartsen dat met het al of niet particulier verzekerd zijn geen rekening werd gehouden hiermee niet in overeenstemming. Het is zeer begrijpelijk dat artsen de neiging hebben particulieren vaker te bezoeken, gezien het feit dat deze patiënten in het algemeen tot hun eigen sociale laag behoren. Het is bekend dat huisartsen, althans volgens het oordeel van patiënten, een betere communicatie hebben met patiënten van een hogere sociale laag (Cassee, 1969). Het lijkt dus dat de huisartsen zich óf niet bewust zijn van deze voorkeur óf deze bij de enquête niet naar voren wilden brengen.

Het lijkt ons van groot belang dat huisartsen zich van deze voorkeur wel bewust zijn, c.q. worden. Patiënten van lagere sociale lagen vonden immers het bezoek van hun huisarts van meer belang en hadden minder inzicht in hun ziekte, reden om juist deze categorieën wél te bezoeken.

5.3.6. *Vergelijking van de gevonden verschillen tussen de vier groepen ziekenhuispatiënten en de vier groepen huisartsen*

5.3.6.1. Plaats A

Volgens opgave van patiënten voldeden de huisartsen in A niet aan hun verwachtingen. Zowel volgens opgave van de patiënten als van de huisartsen was de bezoekfrequentie in A het laagst.

De gegevens van patiënten en huisartsen lijken in dit opzicht met elkaar in overeenstemming te zijn.

5.3.6.2. Plaats B

Bij de patiëntenenquête werden voor B geen verschillen t.a.v. de drie andere groepen gevonden. Bij de huisartsen bleek hier de voorlichting het minst vaak aan de specialist overgelaten te worden.

5.3.6.3. Plaats C

De patiënten in C bleken meer verwachtingen van hun huisarts te hebben, de huisarts bleek hieraan volgens de patiënten echter niet te voldoen. Wel was de bezoekfrequentie, zowel volgens patiënten als huisartsen relatief hoog.

Ook hier kan dus van een zekere mate van overeenstemming gesproken worden tussen de opgaven van de patiënten en van de huisartsen.

5.3.6.4. Plaats D

De patiënten in D bleken relatief meer vertrouwen in de specialist te hebben en de huisarts daarom in het ziekenhuis niet zo belangrijk te vinden.

De huisartsen in D meenden vaker dat het inlichten van de patiënt geheel de taak van de specialist was.

Deze beide gegevens lijken met elkaar in overeenstemming te zijn. Aan de positieve verwachtingen ten aanzien van het bezoek van de huisarts bleek deze te voldoen, gezien de hoge bezoekfrequentie volgens opgave van de huisartsen en de patiënten.

5.4. SAMENVATTING

Gerekend naar een aantal situatieve gegevens bleek de totale groep locale

huisartsen niet sterk van de landelijke af te wijken, behalve wat de verdeling van de urbanisatiegraad betreft.

De bezoekfrequentie bleek in een grote stad in de randstad Holland het laagst, in twee provincieplaatsen het hoogst te zijn.

In eerstgenoemde plaats bleken een aantal ongunstige factoren voor ziekenhuisbezoek van de huisarts te bestaan, zoals spreiding van de gehospitaliseerde patiënten over een groot aantal ziekenhuizen en veel verkeers- en parkeerproblemen. Er bestond daar ook weinig begrip voor de taak van de huisarts bij het verplegend personeel.

Omgekeerd waren de omstandigheden in de provincieplaatsen het gunstigst.

Bij vergelijking van de opgave van ziekenhuispatiënten en huisartsen wat betreft het ziekenhuisbezoek door de huisarts, leek er in het algemeen overeenstemming te bestaan.

Wat betreft het bezoeken van bepaalde categorieën ziekenhuispatiënten bleken de huisartsen volgens hun opgave geen rekening te houden met het particulier verzekerd zijn van patiënten, dit in tegenstelling tot de opgave van patiënten, waarbij bleek dat klassepatiënten wél vaker bezocht werden.

Het feit dat huisartsen rekening hielden met de ernst van de ziekte en de band met de patiënt sluit wel aan bij de opgave en wens van patiënten: patiënten met veel ziekenhuiservaring werden vaker bezocht en vonden het bezoek van de huisarts van meer belang.

Er was een opvallende overeenstemming bij de vier groepen huisartsen omtrent gedrag en taak ten aanzien van ziekenhuispatiënten. Alleen bleek het inlichten van patiënten in D vaker en in B juist minder vaak aan de specialist te worden overgelaten.

De communicatie met specialisten was naar subjectief, algemeen oordeel van huisartsen in de grote stad A het slechtst, in de twee provincieplaatsen C en D het beste. De feitelijke communicatie leek in A het slechtst, in D het beste te zijn.

Vergelijking van de verwachtingen van de ziekenhuispatiënten aan gaande het gedrag en de taak van de huisarts met de opvatting van de huisartsen zelf, gaf een grote mate van overeenstemming te zien, hoewel de huisartsen hun rol wat leken te overschatten. Wat het geven van voorlichting betreft hadden patiënten méér verwachtingen, hetgeen opmerkelijk was daar ze anderzijds vaker van mening waren dat dit geheel de taak van de specialist was.

Enkele lokale verschillen tussen de vier groepen ziekenhuispatiënten omtrent de taak en de bezoekfrequentie van huisartsen werden bij de landelijke huisartsen teruggevonden.

Met de bij de landelijke enquête gevonden samenhang tussen bezoekfrequentie en een aantal factoren kunnen we de locale verschillen mogelijk verklaren. Dit deel van ons onderzoek bevestigt de mening dat het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts in de randstad Holland bijzonder moeilijk is. Tengevolge van de in het vorige hoofdstuk beschreven circulus vitiosus draagt de lage bezoekfrequentie in sterk geurbaniseerde gebieden ertoe bij dat de communicatie met specialisten slechter wordt, het begrip voor taak en functie van de huisarts geringer. De huisarts zelf zal nog meer van de wereld van het ziekenhuis vervreemden, de deur van het ziekenhuis lijkt zich voor hem te sluiten.

In kleinere provincieplaatsen bestaat de omgekeerde situatie: gemakkelijker uitoefening van de taak bij ziekenhuispatiënten, betere communicatie met specialisten, meer begrip voor de huisarts.

Het is duidelijk dat dit alles het werken in een grote stad voor de huisarts minder aantrekkelijk maakt. Het geringe aantal jonge huisartsen in de grote stad hangt hier mogelijk voor een deel mee samen.

Ondanks deze verschillen in bezoekfrequentie blijft de taakopvatting van de huisartsen vrijwel constant en in overeenstemming met die van de ziekenhuispatiënten. Goede wil lijkt dus aanwezig.

Het feit dat ziekenhuispatiënten positieve verwachtingen ten aanzien van hun huisarts hebben, ondanks de teleurstellende ervaringen van diegenen die niet bezocht werden, moet voor de huisarts een stimulans betekenen deze goede wil in daden om te zetten.

Men beseffe dat de huisarts een bijdrage aan de behandeling van ziekenhuispatiënten kan leveren. De betere communicatie met specialisten tengevolge van ziekenhuisbezoek kan tot een adequatere behandeling leiden bv. bij de ontslagprocedure.

Door binnen het ziekenhuis te functioneren zal meer begrip voor taak en werkwijze van de huisarts als gezinsarts ontstaan, zowel bij medici als bij andere ziekenhuisfunctionarissen.

Door het ziekenhuis te verwaarlozen zet de huisarts zich buiten spel.

Dit alles betekent dat we moeten trachten de belemmeringen voor ziekenhuisbezoek zoveel mogelijk weg te nemen, bv. door ernaar te streven patiënten over een klein aantal ziekenhuizen te verdelen, de huisarts faciliteiten in het ziekenhuis te geven (parkeerplaatsen) etc.

Dit alles kan slechts gerealiseerd worden indien specialisten de functie van de huisarts binnen het ziekenhuis erkennen en waarderen.

De grote vraag is dan ook hoe de specialisten hiertegenover staan. Staat de deur van het ziekenhuis nog open?

Hoofdstuk 6 zal hier het antwoord op moeten geven.

6. DE ENQUÊTES BIJ VIER GROEPEN SPECIALISTEN

6.1. INLEIDING

In de vorige hoofdstukken bleken patiënten en huisartsen in het algemeen overeen te stemmen wat betreft hun opvatting over taak en functie van huisartsen t.a.v. ziekenhuispatiënten. Aan de driehoeksverhouding ziekenhuispatiënt-huisarts-specialist ontbreekt nog de mening van deze laatste groep.

Beschouwt deze het ziekenhuis als zijn eigen werkterrein waarin voor de huisarts geen plaats meer is?

In paragraaf 1.6 bleek ons dat de huisarts inderdaad min of meer uit het ziekenhuis verdrongen is. Sommigen voelden zich er niet meer thuis, ook al hebben ze er hun opleiding genoten (paragraaf 4.5.2.). Er zou dan ook een kloof tussen huisarts en ziekenhuis bestaan. Kan deze afstand tussen de huisarts en de specialist in het ziekenhuis nog overbrugd worden? Het is de vraag wie deze kloof eigenlijk geschapen heeft. Zeker, het ziekenhuis is een machtig instituut dat zich veelal los van de gemeenschap ontwikkeld heeft. Maar heeft de huisarts ook niet zichzelf buiten spel gezet?

Sommige huisartsen bleken insufficiëntie-gevoelens t.a.v. de wereld van het ziekenhuis te hebben. Zijn ze zo geïmponeerd door de technische mogelijkheden, dat ze zich hun eigen taak en kunde niet meer bewust zijn? Is de deur van het ziekenhuis voor de huisarts gesloten of zouden specialisten de huisarts gaarne willen ontvangen? Uit het feit, dat de huisartsen een taak bij hun ziekenhuispatiënten zagen, blijkt dat ze zelf graag en meer binnen het ziekenhuis zouden willen blijven functioneren.

In deze paragraaf willen we trachten deze vragen te beantwoorden en nagaan in hoeverre specialisten met de huisartsen overeenstemmen wat betreft hun opvatting over de taak en de functie van de huisarts t.a.v. ziekenhuispatiënten en het belang van diens bezoek aan deze patiënten.

6.2. SAMENSTELLING EN RESPONS VAN DE GEËNQUÊTEERDE GROEP SPECIALISTEN

In totaal waren 83 specialisten, verbonden aan vier ziekenhuizen, aangeschreven. De criteria waaraan de specialisten moesten voldoen, om bij het onderzoek betrokken te worden, werden reeds in § 2.4.5. vermeld.

Tabel 48.

	Aangeschreven specialisten	Gerespondeerd	Percentage van de totale groep
Plaats A	29	19 (= 65%)	31
Plaats B	31	23 (= 74%)	37
Plaats C	14	12 (= 86%)	19
Plaats D	9	8 (= 89%)	13
	n = 83	62 (= 75%)	100%

De respons van de specialisten was evenals die van de huisartsen goed te noemen (tabel 48).

In A leek de respons wat kleiner te zijn. In hoeverre de responderende groep representatief voor de totale groep aangeschreven specialisten kan worden genoemd, is niet na te gaan. De groep is daarvoor qua samenstelling te heterogeen. Zoals uit bovenstaand overzicht blijkt, wordt het kleine aantal specialisten per ziekenhuis niet veroorzaakt door een lage respons. In plaats D b.v. vertegenwoordigen 8 specialisten de totale groep van 9 specialisten.

De verdeling van de groep specialisten naar specialisme blijkt zeer heterogeen te zijn, zoals uit het volgende blijkt:

Radiologen	4	K.N.O. artsen	5	uroloog	1
internisten	9	huidartsen	4	orthopaed	1
cardiologen	2	chirurgen	10	gynaecologen	5
kinderartsen	7	plastisch chirurg	1	neurologen	3
oogartsen	5	neurochirurgen	2	psychiaters	2
				revalidatiearts	1

De verdeling van de specialisten wat betreft het aantal vestigingsjaren blijkt uit tabel 49.

Het blijkt dus dat de helft van de specialisten korter dan 10 jaar als specialist gevestigd was. Voor de volledige uitslag van de enquêtes bij specialisten zij verwezen naar bijlage S.

Tabel 49. Aantal jaren van vestiging

0-9 jaar	48,4
10-19 jaar	33,8
20 jaar en meer	16,2
onbekend	1,6
<hr/>	
n = 62	= 100%

6.3. HET BELANG VAN HET BEZOEK VAN DE HUISARTS AAN ZIEKENHUISPATIËNTEN

Op de vraag of ziekenhuispatiënten het bezoek van de huisarts op prijs stellen (vraag 3) antwoorde 80,6% van de specialisten positief (score 1 + 2). Op de vraag of de specialist zelf het bezoek van de huisarts aan ziekenhuispatiënten van belang achtte, antwoordde 61,3% positief.

Er is dus evenals bij de huisartsen-enquête enige discrepantie tussen de veronderstelde waardering van de patiënt voor het bezoek van de huisarts en het belang dat de medicus er zelf aan hecht.

Er werd op dit punt geen verschil gevonden wat betreft de jaren van vestiging, evenmin tussen 'interne' en 'chirurgische' specialismen.* Het volgende citaat illustreert het belang dat sommige specialisten aan het bezoek van de huisarts hechten.

'Het bezoek van de huisarts hangt af van zijn instelling en tijd, nl of hij efficient werkt of niet. Bij een verblijf van een patient in het ziekenhuis langer dan 14 dagen is het bezoek van de huisarts gewenst Alleen al om de aandacht die de patient krijgt, zodat hij niet het gevoel krijgt vergeten te zijn Dit betreft een eigen ervaring als patient'

Uit onze gegevens valt af te leiden dat de meerderheid van de geënquêteerde specialisten van mening was dat de huisarts een plaats in het ziekenhuis heeft.

Laten we zien hoe specialisten de taak van de huisarts in het ziekenhuis beoordeelden.

6.4. VERGELIJKING VAN DE OPVATTING VAN DE GEËNQUÊTEERDE SPECIALISTEN MET DIE VAN DE LOCALE HUISARTSEN WAT BETREFT DE TAAK VAN DE HUISARTS T.A.V. ZIEKENHUISPATIËNTEN

Daar een groot aantal statements van de enquête bij specialisten identiek was aan die bij de huisartsen, konden de meningen van de specialisten

* Onder 'interne' specialismen werden gerekend interne geneeskunde met deelspecialismen, revalidatie-arts, radioloog, zenuwarts. Onder 'chirurgische' de chirurgie met deelspecialismen, K.N.O.-arts, gynaecologie-obstetrie.

vergeleken worden met die van de huisartsen, die zich min of meer met de ziekenhuizen, waar deze specialisten werkzaam waren, verbonden voelden. De vermelde cijfers van de huisartsen-enquête hebben dus betrekking op de lokale huisartsen-enquêtes (zie bijlage H.).

In tabel 50 zijn een aantal statements weergegeven waarover de meningen van specialisten met die van huisartsen overeenstemden.

Tabel 50. De taken van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatiënten, waarover de mening van de specialisten met die van de huisartsen overeenstemden

No. statement specialisten-enquête	Omschrijving statement	percentage specialisten dat het met het statement	
		eens is score (1 + 2)	oneens is score (4 + 5)
13	Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patiënten	32,2	61,3
20	De huisarts kan de overgang van zijn ontslagen patiënten van het ziekenhuis naar het gezin zeer vergemakkelijken	83,9	3,2
19	De huisarts zou zijn ziekenhuispatiënten moeten helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen (b.v. operaties)	77,4	16,1
10	De huisarts moet zijn ziekenhuispatiënten bezoeken omdat veel patiënten hun problemen en zorgen gemakkelijker aan de huisarts vertellen dan aan de specialist	58,0	29,0
9	Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten kan de huisarts ook een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten	50,0	42,0
Zie voor volledige uitslag bijlage S.		n = 62	

Het is duidelijk dat de meerderheid van de specialisten voor de huisarts een taak zag betreffende de continuïteit van de patiëntenzorg (statement 20) en het verlenen van hulp bij het nemen van belangrijke beslissingen (statement 19). Iets meer dan de helft was van mening dat de huisarts zijn patiënten kan helpen door het luisteren naar hun problemen en zorgen (statement 10).

Evenals de huisartsen bleek de helft van mening dat het bezoeken van ziekenhuispatiënten een belangrijke bijdrage voor de behandeling kan betekenen. De helft van de specialisten vond overigens evenals de huis-

artsen dat bekendheid van de ziekenhuisfunctionarissen met deze taak van de huisarts het ziekenhuisbezoek zou vergemakkelijken (zie bijlage S). Hieruit kan men afleiden dat er een duidelijke bereidheid bij specialisten bestaat om de huisarts tegemoet te komen.

Over een aantal facetten van de taak en functie van de huisarts bestond wel verschil van mening. In tabel 51 worden de betreffende uitspraken van specialisten met die van de lokale huisartsen vergeleken.

Tabel 51. De taken van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatiënten waarover de mening van de specialisten *niet* met die van de huisartsen overeenstemde

Nummer statement specialis- tenenquête	Korte omschrijving statement	Percentage specialisten dat het met state- ment eens is *** (score 1 + 2)	Nummer state- ment huisarts- enquête	Percentage huisartsen dat het met state- ment eens is (score 1 + 2)	Toetsing **
<i>Taak van de huisarts</i>					
12	Huisarts heeft taak bij voorlichting ziekenhuispatiënt	37,1	28	57,7	$P < 5\%$
11	Patiënten vertellen hun huisarts gemakkelijker hun lichamelijke klachten	19,4	26	44,5	$P < \frac{1}{2}\%$
<i>Taak van de specialist en terreinafbakening huisarts-specialist</i>					
18	Het inlichten van de patiënt is geheel de taak van de specialist	56,5	36	30,6	$P < \frac{1}{2}\% *$
14	Huisarts blijft medeverantwoordelijk voor de behandeling	25,8	31	50,0	$P < \frac{1}{2}\%$
17	De huisarts zou sommige patiënten zelf moeten kunnen behandelen	12,9	33	37,3	$P < \frac{1}{2}\%$
7	Huisarts kan zelf veel leren van bezoeken van ziekenhuispatiënten	62,9	22	40,5	$P < \frac{1}{2}\%$

* Berekening van Kruskal Wallis, $n = 62$

** zie bijlage S. 1

*** voor volledige uitslag zie bijlage S.

$n = 180$

De meerderheid van de specialisten zag het geven van voorlichting aan ziekenhuispatiënten meer als een taak van henzelf dan van de huisarts (statement 12 en 18).

De meeste specialisten waren in tegenstelling tot bijna de helft van de huisartsen niet van mening dat ziekenhuispatiënten hun lichamelijke klachten gemakkelijker aan hun huisarts vertellen.

Tenslotte was de meerderheid van de specialisten het niet eens met dié helft van de huisartsen, die meenden medeverantwoordelijk voor hun ziekenhuispatiënten te blijven.

De kleine groep huisartsen die zelf patiënten in het ziekenhuis zou willen behandelen vond bij de specialisten geen steun. Gezien de situatie in Nederland is dit begrijpelijk; bovendien lijkt het ons zeer de vraag of dit als een gunstige ontwikkeling zou moeten worden beschouwd (par. 1.7.). Men zou kunnen stellen dat ziekenhuisartsen hun werkterrein toch enigszins t.o.v. de huisartsen willen afgrenzen. Zo werd de huisarts niet als medeverantwoordelijk voor de behandeling beschouwd. Deze beperking van de taakuitoefening van de huisarts komt ook in een aantal citaten tot uiting.

Een 44-jarige neurochirurg schrijft: 'Mijns inziens is voortgezet contact huisarts-ziemenhuispatiënt zeer belangrijk, doch interventie in de behandeling dient vermeden te worden, tenzij na uitvoerig overleg'.

Sommige specialisten menen dat de huisartsen de behandelingsprocedure ook niet kunnen begrijpen of gebrek aan interesse hebben.

Een 47-jarige internist schrijft: 'De ervaring van de huisarts met de methodes in het ziekenhuis is te gering om deze goed te kunnen begrijpen en volgen'.

Een 47-jarige chirurg schrijft: 'Het is moeilijk om van de huisarts interesse voor het werk van de specialist te krijgen'.

Een enkele specialist laat een ander geluid horen, zoals de volgende 39-jarige zenuwarts:

'Ik zou mij een systeem kunnen voorstellen waarbij de huisarts zijn patiënt in het ziekenhuis behandelt en de specialist hem terzijde staat als technisch deskundige van een *deel* van die patiënt. De huisarts blijft dus een schakelfiguur in de behandeling van de patiënt'.

Over de vraag in hoeverre ziekenhuisbezoek voor de huisarts leerzaam kan zijn bleken de specialisten en huisartsen met elkaar van mening te verschillen. De specialisten bleken dit punt meer te benadrukken dan de huisartsen. Mogelijk zien sommige specialisten het functioneren van de huisarts in het ziekenhuis als een vorm van nascholing. Daarbij gaan de gedachten in de richting van een soort bedside teaching. In een aantal citaten komt dit tot uiting.

Een 40-jarige zenuwarts schrijft 'Nascholing aan het ziekbed, wisselend door verschillende stafleden gegeven, blijkt van groot belang te zijn'

Een gynaecoloog schrijft. 'Naar onze ervaring komt het te vaak voor dat de huisarts niet op de hoogte is van de bestaande inzichten en recente diagnostische en therapeutische mogelijkheden Een postgraduate vorm van praktisch en theoretisch onderricht zou jaarlijks noodzakelijk zijn b.v. in de vorm van 1-2 weken participeren in het dagelijks werk van de afdeling'

Een 61-jarige internist schrijft 'De huisarts zou frequenter aan postgraduate training moeten deelnemen Daardoor zou de verhouding huisarts-specialist sterk verbeterd worden '

Alhoewel niemand zal ontkennen dat ziekenhuisbezoek ook in dit opzicht belangrijk kan zijn, lijkt het toch de vraag in hoeverre hier sprake is van de leraar-leerling verhouding tussen specialist en huisarts.

De bovenvermelde citaten geven blijk van een vrij eenzijdig gerichte visie. Evenwel menen wij dat het hier slechts om accentverschillen gaat, hetgeen gezien de verschillende gerichtheid van huisartsen en specialisten begrijpelijk is.

Dit alles doet dan ook niets af aan de belangrijkste conclusie die we zouden willen trekken nl. dat specialisten de deur van het ziekenhuis voor de huisarts wijd open houden en hem een plaats in het ziekenhuis willen laten vervullen. Evenals deze zelf zien zij een taak van de huisarts bij het verlenen van continue en persoonlijke zorg voor de patient in het ziekenhuis.

6.5. VERGELIJKING VAN DE OPVATTING VAN SPECIALISTEN EN HUISARTSEN T.A.V. DE ONDERLINGE COMMUNICATIE

6.5.1. *De communicatie in het algemeen*

Terwijl de huisartsen op een aantal punten kritiek op hun collegae-specialisten bleken te hebben, had de helft toch een positief oordeel over de communicatie huisarts-specialist.

Hoe beoordeelden specialisten de communicatie met deze huisartsen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben we de gegevens van specialisten en huisartsen betreffende de onderlinge communicatie met elkaar vergeleken (tabel 52).

Over de onderlinge communicatie bestond blijkbaar meer verschil van mening dan over de taak van de huisarts. Slechts ongeveer een kwart van de specialisten beoordeelde de communicatie als goed. Het valt op dat de specialisten weinig zelfkritiek bleken te hebben. Een derde van de huisartsen leverde kritiek op de door specialisten gegeven informatie, 20% van de specialisten was het hiermee eens. De beoordeling van de berichtgeving van specialisten is echter een moeilijke zaak. Uit literatuurgegevens blijkt dat kritiek van huisartsen zich voornamelijk richt op de

Tabel 52. De communicatie huisarts-specialist naar het oordeel van specialisten en huisartsen

Oordeel Communi- catie	Goed (score 1 + 2)	Middel- matig (score 3)	Slecht (score 4 + 5)	Onbekend	n	toetsing*
specialisten	22,6	37,1	35,5	4,8	62 = 100%	$P < \frac{1}{2}\%$
huisartsen	48,9	28,3	21,1	1,7	180	
No	Korte omschrijving		% spec. dat het met stat. eens is (score 1 + 2)	No. stat. huisart- sen enquête	% huis- artsen dat het met stat. eens is (score 1 + 2)	*
23	De specialist licht de huis- arts onvoldoende in		19,3	41	33,3	$P < 1\%$
21	Specialisten plegen vaak overleg met huisartsen		41,9	39	18,9	$P < \frac{1}{2}\%$
			n = 62	n = 180		

* Zie bijlage S2.

snelheid van berichtgeving, en niet zozeer op de inhoud van de ontslagbrief (report King Edwards Hospital Fund London, rapport Provinciale Raad voor Volksgezondheid in Noord Holland 1972).

Bij het laatst genoemde onderzoek bleek dat slechts de helft van de huisartsen tevreden was over de snelheid van de berichtgeving. Veel huisartsen zien dan ook verlangend uit naar de ontvangst van de ontslagbrief. Voor patiënten die bij de huisarts frequent informeren over de bevindingen van de specialist is het een onbegrijpelijke zaak dat hun huisarts niet volledig op de hoogte is. Over de inhoud van de ontslagbrief zelf kan hoogstens gezegd worden dat deze vaak te uitvoerig is. Men krijgt weleens de indruk dat de brief meer voor de specialist zelf dan voor de huisarts geschreven is. Bij deze problematiek komt de communicatie-stoornis huisarts-specialist weer duidelijk naar voren, specialisten kunnen moeilijk begrip voor de situatie van de huisarts hebben indien het onderling contact onbevredigend is.

Het percentage specialisten dat van mening was dat vaak met de huisarts overleg gepleegd werd was veel hoger dan het betreffende percentage huisartsen. Daarentegen waren specialisten en huisartsen het wel eens over de tekortkomingen in de berichtgeving van de huisartsen zelf. Ruim de helft van de specialisten had op dit punt kritiek (zie bijlage S, statement 22).

De berichtgeving van huisartsen aan specialisten is inderdaad vaak onvol-

doende. Het uitsluitend gebruik maken van het smalle strookje papier van de verwijskaart behoort zeker nog niet tot de uitzonderingen. Het komt dikwijls voor dat slechts met een kort verzoek aan de specialist wordt volstaan b.v. 'maagklachten, ulcus?' Zou het helpen indien specialisten deze huisartsen een antwoord in dezelfde stijl zouden sturen b.v.: 'foto gemaakt, g.a.'? Goede schriftelijke berichtgeving hoeft de huisarts zeker niet veel tijd te kosten. Wat let de huisarts evenals specialisten een dikteerapparaat en schrijfmachine aan te schaffen en de praktijkassistente het bericht aan de specialisten te laten uittypen? Kan men van de specialist begrip voor de situatie van de huisarts vragen indien deze zelf niet de moeite neemt de specialist adequate inlichtingen te verstrekken? In onderstaand citaat komt de teleurstellende ervaring van een 55-jarige uroloog naar voren:

'Hoe vaak wordt een specialist niet afgescheept zonder of met zeer onvolledige inlichtingen omtrent de op te nemen patient '

Kunnen wij ons met dit, gezien het bovengestelde, verenigen, het vervolg van dit citaat geeft blijk van sterk hospital-centered denken.

'Wat is eenvoudiger dan de telefoon te pakken of persoonlijk contact met de specialist op de polikliniek op te nemen?'

Indien de specialist een dag een huisarts op zijn gangen zou volgen zou hij kunnen weten dat het opbellen van een specialist, zeker in een groot ziekenhuis, meer tijd kost dan het verrichten van een appendectomie. Weliswaar is voor dit telefoongesprek geen speciale scholing nodig, maar het geduld van de betreffende huisarts wordt wel zeer zwaar op de proef gesteld.

6.5.2. *Het belang van het bezoek van de huisarts voor de onderlinge communicatie*

Wij willen thans de aandacht van de lezer vragen voor tabel 53^a. Hieruit kan men aflezen dat hoewel meer dan de helft van de huisartsen van mening was dat specialisten hun bezoeken aan ziekenhuispatienten niet waardeerden, de specialisten dit in grote meerderheid juist wel deden. Deze waren ook vaker dan de huisartsen van mening dat de onderlinge communicatie hierdoor verbeterd zou kunnen worden. Hieruit blijkt dat de huisarts zichzelf onderwaardeert, en dat er weer sprake is van insufficiëntiegevoelens. Overigens lijkt het of de deur van het ziekenhuis steeds verder voor de huisarts wordt geopend. Zullen de specialisten ook de door de huisartsen voorgestelde verbeteringen in de communicatie accepteren? De volgende paragraaf zal hier het antwoord op kunnen geven.

Tabel 53^a. Het belang van het bezoek van de huisarts naar het oordeel van specialisten en huisartsen

No. state-ment spec. enquête	Korte omschrijving	Percentage specia-listen dat het met state-ment eens is (score 1 + 2)	Nummer state-ment huisartsen enquête	Percentage huisartsen dat het met statement eens is (score 1 + 2)	Toetsing*
25	Specialisten waarderen het bezoek v.d. huisarts	85,5	44	42,3	$P < \frac{1}{2}\%$
8	Door bezoeken van patiën-ten wordt communicatie sterk bevorderd	62,9	23	47,8	$P < 5\%$
		n = 62	n = 180		
Zie bijlage S.3					

6.5.3. *Wensen t.a.v. de verbetering van de communicatie huisarts-specialist*
Gezien het feit dat specialisten meer kritiek op de communicatie met huisartsen bleken te hebben dan omgekeerd is het van groot belang hun mening met die van huisartsen te vergelijken wat betreft bepaalde ver-beteringen.

In tabel 53^b zijn die statements weergegeven waar specialisten en huis-artsen het met elkaar over eens waren.

Tabel 53^b. De mening van de specialisten t.a.v. een aantal verbeteringen in de communicatie huisarts-specialist

State-ment nummer	Omschrijving statement	Percentage dat het met het statement:	
		eens is (score 1 + 2)	oneens is (score 4 + 5)
28	De huisarts zou ad hoc ziekenhuisstafbesprekingen over zijn patiënten in het ziekenhuis moeten kun-nen bijwonen	82,3	8,0
32	Het meegeven van een voorlopig ontslagbericht aan de ontslagen patiënten met gegevens over diagnose en therapie, om aan de huisarts te over-handigen is noodzakelijk voor een goede voortzet-ting van de behandeling	80,6	14,5
35	De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatiën-ten met de specialist moeten bespreken	45,1	46,8
		n = 62	

De specialisten waren het in grote meerderheid eens met het belang van het bijwonen van stafvergaderingen door de huisarts, het meegeven van een voorlopig ontslagbericht, terwijl bijna de helft voorstander was van een wekelijkse bespreking van ziekenhuispatiënten.

Wanneer wij ons realiseren dat dit alles, zeker wat het laatste punt betreft, veel tijd zou kosten, is het duidelijk dat de specialisten van een zeer positieve instelling blijk gaven. Daar sommige specialisten het leerzaam effect van een ziekenhuisbezoek zo sterk benadrukten zou men kunnen veronderstellen dat dit ook voor het bijwonen van de stafvergaderingen gold. Een aantal citaten illustreert deze opvatting.

Een 39-jarige chirurg schrijft bv.:

'Het bijwonen van stafvergaderingen heeft geen zin inzake de specialistische behandeling van de patiënt, misschien wel als educatieve factor en om de problematiek van zijn patiënten beter te begrijpen.'

De huisarts zou de stafvergaderingen volgens deze specialist dus alleen moeten bijwonen om de 'problemen beter te begrijpen'. Dat de huisarts zelf een eigen inbreng zou kunnen hebben komt niet ter sprake. Hier wordt voorbij gegaan aan het feit dat patiëntenbesprekingen juist bedoeld zijn om door gezamenlijk overleg tot een beter en dieper oordeel te komen. Men kan zich echter voorstellen dat teleurstellende ervaringen met huisartsen deze houding verklaren. Zo laat een gynaecoloog het volgende kritische geluid horen:

'Dagelijks vinden stafbesprekingen plaats waarin de problemen van diagnostiek en behandeling van opgenomen patiënten worden besproken. De therapie wordt in gezamenlijk overleg vastgesteld. Bij deze besprekingen die voor iedereen toegankelijk zijn is tot nu toe nooit een huisarts verschenen...'

De specialist toont zijn goede wil, maar de huisarts verschijnt niet. Kan men dan van de specialist begrip voor de situatie en de eigen inbreng van de huisarts verwachten?

Voor één statement betreffende de wensen t.a.v. de verbetering van onderlinge communicatie kon verschil van mening worden aangetoond, voor een ander een mogelijk verschil zie tabel 54.

Uit deze tabel blijkt, dat hoewel huisartsen mogelijk het overleg over de ontslagprocedure iets sterker benadrukten dan specialisten, de meerderheid van de specialisten voorstander van meer overleg was. Wel bestond een duidelijk verschil van mening over het belang van het sturen van tussentijds bericht aan huisartsen. Hoewel tweederde van de huisartsen hiervoor pleitten was slechts een derde van de specialisten het hiermee eens.

Tabel 54. Het oordeel van huisartsen en specialisten betreffende een 2-tal andere verbeteringen in de communicatie huisarts-specialist

No. state-ment specia-listen enquête	Korte omschrijving	% spec. dat het met stat. eens is (score 1 + 2)	No. stat. huisartsen enquête	% huis-artsen dat het met stat. eens is (score 1 + 2)	Toetsing *
29	Vaker overleg over tijdstip van ontslag met huisarts	74,2	48	87,8	5% < P < 10%
31	Sturen van tussentijds bericht stelt huisarts in staat meer voor ziekenhuispatiënten te doen	33,9	50	67,8	P < ½%
		n = 62	n = 180		

* Zie bijlage S.4

Concluderend kan gesteld worden dat specialisten de deur van het ziekenhuis veel verder voor de huisarts hebben open gezet dan deze zelf veronderstelt. De meeste door de huisartsen voorgestelde verbeteringen in de onderlinge communicatie werden door de specialisten positief beoordeeld. Dit alles moet voor de huisarts een stimulans betekenen ziekenhuispatiënten te bezoeken en zelf mee te werken om tot een betere communicatie huisarts-specialist te komen. Slechts als huisartsen actief functioneren binnen het ziekenhuis kan het specialisten duidelijk worden wat de huisarts waard is en wat zijn eigen inbreng kan betekenen. Relevant ten aanzien van de eerder in de huisartsenenquête gesignaleerde driedeling der huisartsen-ziekenhuisbezoekers is het volgende citaat van een 60-jarige internist.

'Ik onderscheid voor mijzelf drie groepen huisartsen:

1. de nooit-komers;
2. die huisartsen die bepaalde patiënten bezoeken b.v. diegenen met wie zij persoonlijk verbonden zijn of waarbij men gedreven wordt door belangstelling voor ziekte of behandeling;
3. een kleine groep die wekelijks zijn patiënten op een vast tijdstip bezoekt, hetgeen dan samenvalt met de aanwezigheid van de specialist op de afdeling'.

6.6. DE VIER GROEPEN SPECIALISTEN ONDERLING VERGELEKEN

Hoewel de geënquêteerde groep specialisten klein was leek het ons van belang na te gaan of ook bij de specialisten locale verschillen konden worden aangetoond. Wat betreft het belang van het bezoek van de huisarts aan zijn ziekenhuispatiënten bestond geen verschil van mening,

evenmin wat betreft de algemene beoordeling van de communicatie. Opvallend was dat over de inhoud van de taak van de huisarts geen verschil kon worden aangetoond. Voor twee statements bestond een verschil, voor twee een mogelijk verschil (zie tabel 55.).

Tabel 55. Een viertal statements waarover de meningen van de vier groepen specialisten (mogelijk) verdeeld waren

No.	Omschrijving statement	A	B	C	D	n	Toetsing *
		percentage specialisten dat het met statement eens is (score 1+2)					
22	Huisartsen lichten specialisten onvoldoende in over hun patiënten die opgenomen worden	61,1	45,5	100,0	37,5	35	$P < 1\%$
		n = 18=100%	22	11	8	59	
31	Het regelmatig sturen van tussentijds bericht over de ziekenhuispatiënt gedurende de opname zou de huisarts in staat stellen meer voor zijn ziekenhuispatiënten te doen	10,5	47,6	41,7	50,0	21	$P < 2\frac{1}{2}\%$
		n = 19=100%	21	12	8	60	
13	Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patiënten	52,6	13,6	36,4	37,5	20	$5\% < P < 10\%$
		n = 19=100%	22	11	8	60	
35	De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatiënten met de specialist moeten bespreken	36,8	45,5	75,0	25,0	28	$5\% < P < 10\%$
		n = 19=100%	22	12	8	61	

* Toetsing met berekening van Kruskal Wallis. Zie bijlage S.5

In C hadden alle specialisten kritiek op berichtgeving van huisartsen, in D slechts een derde. In D zag de helft van de specialisten wel het belang van het sturen van tussentijd bericht in, in A vrijwel geen enkele. Mogelijk kan men hieruit afleiden dat in A en D weinig resp. veel begrip voor de situatie voor de huisarts bestond. Mogelijk was er ook verschil van mening betreffende de taak van de huisarts bij ziekenhuispatiënten. In B leken althans vrijwel alle specialisten een taak voor de huisarts in het ziekenhuis te zien, in A slechts de helft. In C bleken de meeste specialisten

voorzitter van wekelijkse patiëntenbesprekingen, in D slechts een kwart. In C leeft blijkbaar een sterke wens om tot betere communicatie te komen terwijl dit in D mogelijk al gerealiseerd is. Betrekken wij hierbij de gegevens van paragraaf 5.3.6., waarbij de meningen van patiënten met die van huisartsen werden vergeleken, dan ontstaat het volgende profiel per plaats:

In A, een zeer grote stad in de randstad Holland, voldeden de huisartsen niet aan de verwachtingen van de patiënten, wat o.m. te wijten was aan relatief veel belemmerende factoren. De communicatie huisarts-specialist bleek slecht te zijn. Er was bij specialisten dan ook weinig begrip voor de situatie van de huisartsen. In B, een grote Universiteitsstad, leek de huisarts de voorlichting wat minder aan de specialist te willen toevertrouwen, de meerderheid van de specialisten zag een duidelijke taak voor de huisarts in het ziekenhuis. In C een kleine stad bleken de patiënten mogelijk meer van de huisarts te verwachten. Ondanks een hoge bezoek-frequentie leek de huisarts hieraan niet geheel te voldoen. De feitelijke communicatie leek in C relatief minder goed te zijn, hoewel de huisartsen deze als goed beleefden.

De specialisten toonden zich daar eveneens zeer teleurgesteld in de huisarts. Er leefde bij hen een sterke wens om tot verbetering van de communicatie te komen. In D leken patiënten en huisartsen wat meer vertrouwen in de specialist te hebben. Omgekeerd had de specialist veel begrip voor de huisarts.

6.7. SAMENVATTING

Driekwart van de specialisten was van mening dat ziekenhuispatiënten het bezoek van de huisarts op prijs stelden, meer dan de helft vond dit ook zelf van belang. Over de belangrijkste taken van de huisarts bestond geen verschil van mening tussen huisartsen en specialisten.

De meerderheid van de specialisten beschouwden de huisarts niet als medeverantwoordelijk voor de behandeling. Specialisten beoordeelden de communicatie met de huisarts negatiever dan omgekeerd. De huisartsen bleken echter meer kritiek te hebben op de door specialisten verstrekte informatie en op het met hen gepleegde overleg.

Zowel huisartsen als specialisten hadden kritiek op de berichtgeving van huisartsen. De waardering van de specialisten voor het ziekenhuisbezoek van de huisarts was veel groter dan de huisartsen zelf veronderstelden.

Over een aantal verbeteringen in de communicatie bestond geen verschil van mening tussen huisartsen en specialisten m.n. over het bijwonen van stafvergaderingen door huisartsen en het meegeven van een voorlopig

ontslagbericht, terwijl het grootste deel van de specialisten voorstander was van het voeren van meer overleg met de huisarts betreffende de ontslagprocedure.

Tussen de vier groepen specialisten bestond slechts op een aantal punten verschil van mening m.n. over het belang van het sturen van tussentijds bericht en over de door de huisarts verstrekte informatie.

Tenslotte werd getracht per plaats een profiel van de verhouding ziekenhuispatiënt-huisarts-specialist te schetsen. In een grote stad in de randstad Holland leek de huisarts het minst aan de verwachtingen van de patiënt te voldoen en bestonden er grote communicatiestoornissen tussen huisartsen en specialisten. Tussen de twee kleine steden bestonden echter ook bepaalde verschillen, m.n. wat betreft de kritiek op de huisartsen en het begrip voor de situatie van de huisarts.

6.8. CONCLUSIES

Als belangrijkste conclusie kunnen we stellen, dat de geënquêteerde specialisten het met huisartsen en patiënten eens zijn dat de huisarts een belangrijke taak bij ziekenhuispatiënten heeft te vervullen. De huisarts is welkom in het ziekenhuis, de deur van het ziekenhuis schijnt wijder voor hem open te staan dan hij zelf had gedacht. Het wachten is echter wel op zijn komst. Het blijkt dat hij de waardering van specialisten voor zijn functie bij ziekenhuispatiënten duidelijk onderschat. Niet alleen worden zijn activiteiten op prijs gesteld maar de specialisten zijn ook bereid hem tegemoet te komen.

Natuurlijk, niet op alle punten heeft de specialist begrip voor de huisarts, zijn kritiek lijkt soms wat eenzijdig. Hij geeft ook blijk van hospital centered denken. Bovendien ontkomen veel specialisten nog niet aan de leraar-leerling verhouding. Maar heeft de huisarts ook niet vaak deze rol op zich genomen? De gesignaleerde insufficiëntiegevoelens wijzen zeker in deze richting. Juist door een actief optreden binnen het ziekenhuis zou de huisarts meer begrip voor zijn functie en zijn taak kunnen wekken en bovendien de onderlinge communicatie kunnen verbeteren. Het is duidelijk, dat de houding van specialisten de huisartsen zal stimuleren hun patiënten te bezoeken en hun taak binnen het ziekenhuis uit te oefenen.

De specialist zal dan bereid zijn gewenste verbeteringen in de onderlinge communicatie te realiseren. Als de huisarts een taak heeft te vervullen en specialisten hem in het ziekenhuis verwelkomen, moet een huisarts ook als zodanig kunnen functioneren.

In het volgende hoofdstuk gaan we daarom met een huisarts het ziekenhuis binnen.

7.1. INLEIDING

In de voorafgaande hoofdstukken is ons gebleken dat de huisarts een belangrijke taak bij zijn ziekenhuispatiënten te vervullen heeft. Bovendien bleek dat de communicatie huisarts-specialist op talloze punten verbeterd zou kunnen worden.

Thans willen we met een huisarts de wereld van het ziekenhuis binnengaan en hem daar op zijn ronde bij zijn ziekenhuispatiënten volgen. Het gaat hier om de vraag: hoe kán in de praktijk een huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten functioneren en hoe verloopt de communicatie met specialisten over deze patiënten?

De in de vorige hoofdstukken aan de orde gestelde mogelijkheden worden zo in de praktijk getoetst. Ook al betreft het slechts het functioneren van een tweetal huisartsen die een duopraktijk uitoefenen in een bepaalde situatie, men kan toch een indruk krijgen welke mogelijkheden er in de praktijk bestaan. We zullen dit doen aan de hand van de in par. 2.6.4. vermelde gegevens, die door ons gedurende de periode 1-1-1971—1-1-1972 geregistreerd werden. Daarnaast zullen wij onze bevindingen door casuïstiek illustreren. Terwille van de anonimiteit zijn deze patiëntenvoorbeelden

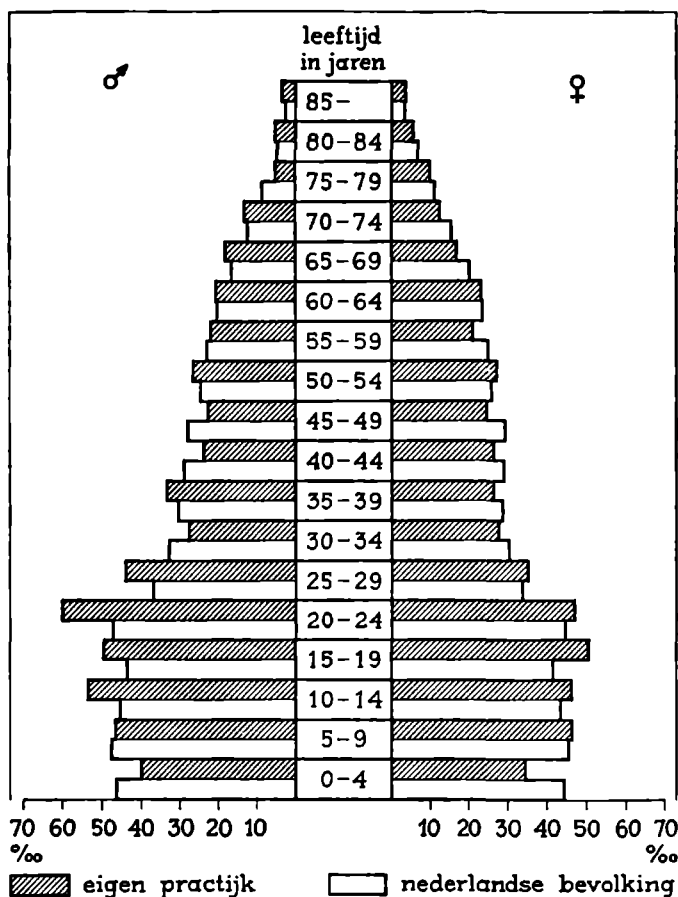
Tabel 56. De samenstelling van de praktijkbevolking vergeleken met de Nederlandse bevolking

Leeftijd in jaren	Eigen praktijk			Nederlandse bevolking		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
0-14 jaar	14,0	12,7	26,7	13,9	13,3	27,2
15-29 jaar	15,4	13,3	28,7	12,7	12,0	24,7
30-44 jaar	8,5	8,0	16,5	9,2	8,8	18,0
45-65 jaar	9,2	9,6	18,8	9,6	10,3	19,9
65-74 jaar	3,1	2,9	6,0	2,9	3,6	6,5
75 jaar en ouder	1,4	1,9	3,3	1,6	2,1	3,7
n =	2816	2641	5457			
	=51,6%	=48,4%	=100%	49,9%	50,1%	100%

Voor volledig overzicht zie bijlage Pr. 3

In figuur I is dit nog eens in beeld gebracht.

Figuur 1 Bevolkingsopbouw eigen praktijk naar leeftijd en geslacht vergeleken met de Nederlandse bevolking*



Nederlandse bevolking op 1-1-1971 (Centraal Bureau voor Statistiek (1971), maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid 19, pag. 29-31).
Zie ook bijlage PR 3.

* Praktijkbestand op 1-7-1971

dusdanig veranderd dat herkenning moeilijk wordt. De essentie ervan berust echter op eigen waarneming gedurende de registratieperiode.

7.2. DE SAMENSTELLING VAN DE EIGEN PRAKTIJK NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT VERGELEKEN MET DE NEDERLANDSE BEVOLKING

De peildatum voor het praktijkbestand werd gekozen halverwege het jaar van onderzoek nl. op 1 juli 1971. De samenstelling van de praktijk-

bevolking op die datum werd vergeleken met de meest recente cijfers van de Nederlandse bevolking nl. die op 1 januari 1971* (zie tabel 56 en bijlage Pr.3).

Uit de tabel en de figuur kan men opmaken dat de praktijkbevolking niet in sterke mate afwijkt van de Nederlandse bevolking qua leeftijd en geslacht, met name zijn er geen grote afwijkingen wat betreft het percentage kinderen en bejaarden.

7.3. DE SAMENSTELLING VAN DE GROEP ZIEKENHUISPATIENTEN UIT DE EIGEN PRAKTIJK

7.3.1. *De verdeling van de ziekenhuispatiënten naar leeftijd en geslacht*

In tabel 57 is de verdeling van de ziekenhuispatienten naar leeftijd en geslacht vergeleken met de totale praktijkbevolking op 1 juli 1971. In het jaar van onderzoek bleken 281 patienten uit de eigen praktijk opgenomen te zijn. Voor de berekening van het aantal 0-jarigen op 1 juli 1971 zie bijlage Pr.4. Hoewel slechts 1,4% van de praktijkbevolking tot de categorie 0-jarigen behoorde, bleek deze categorie 10,7% van ons ziekenhuisbestand uit te maken. Dit wordt verklaard door het grote aantal klinische bevallingen zonder indicatie in een Academisch ziekenhuis in de nabijgelegen Universiteitsstad.

Tezamen met de 1-14 jarigen maakte deze groep $\frac{1}{4}$ van de ziekenhuisbevolking van de eigen praktijk uit. 14,5% van de opgenomen patienten was 65 jaar of ouder, terwijl dit percentage voor de gehele praktijk 9,3% was.

Het aantal opgenomen mannen en vrouwen was vrijwel gelijk.

Het was uiteraard van belang onze groep ziekenhuispatienten te vergelijken met de ziekenhuisbevolking in Nederland. Uitgaande van de klinische morbiditeitscijfers in Nederland voor het jaar 1970* werd het te verwachten aantal opnames per leeftijdscategorie en geslacht voor de eigen praktijk berekend (zie bijlage Pr.5). In tabel 58 is hiervan een overzicht gegeven. Voor alle leeftijdscategorieën was het werkelijke aantal opgenomen patienten uit onze eigen praktijk lager dan het verwachte aantal. In plaats van het te verwachten aantal van 511 werden in werkelijkheid 281 patienten in het ziekenhuis opgenomen, dit wil dus zeggen 230 patiënten minder dan op grond van de samenstelling van onze praktijk verwacht kon worden.

Dit grote verschil tussen het te verwachten aantal opnames en het werkelijke aantal berust dus niet op een andere samenstelling van de

* Centraal Bureau voor de Statistiek (1971), Maandstatistiek van bevolking en Volksgezondheid 19, pag. 29-31

Tabel 57. De ziekenhuispatiënten van de eigen praktijk naar leeftijd en geslacht vergeleken met het praktijkbestand

Leeftijd in jaren	Ziekenhuispatiënten			Praktijkbestand		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
0 jaar	7,5	3,2	10,7	0,8	0,6	1,4
1-14 jaar	8,2	6,8	15,0	13,2	12,1	25,3
15-29 jaar	8,2	16,0	24,2	15,4	13,3	28,7
30-44 jaar	4,3	5,7	10,0	8,5	8,0	16,5
45-64 jaar	15,6	10,0	25,6	9,2	9,6	18,8
65-74 jaar	4,6	5,0	9,6	3,1	2,9	6,0
75 jaar en ouder	2,1	2,8	4,9	1,4	1,9	3,3
n =	142	139	281	2816	2641	5457
	=50,5%	=49,5%	=100%	=51,6%	=48,4%	=100,0%

Tabel 58. De ziekenhuispatiënten van de eigen praktijk naar leeftijd en geslacht vergeleken met het te verwachten aantal op basis van de klinische morbiditeitscijfers in Nederland (absolute getallen)**

Leeftijd in jaren	Werkelijk aantal ziekenhuispatiënten eigen praktijk			Te verwachten aantal ziekenhuispatiënten		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
0 jaar	21	9	30	25	15	40
1-14 jaar	23	19	42	54	41	95
15-29 jaar	23	45	68	41	81	122
30-44 jaar	12	16	28	28	49	77
45-64 jaar	44	28	72	49	53	102
65-74 jaar	13	14	27	26	20	46
75 jaar en ouder	6	8	14	13	16	29
n =	142	139	281	236	275	511
	=50,5%	=49,5%	=100%	=46,2%	=53,8%	=100,0%

* Diagnose Statistiek Ziekenhuizen 1969-1970, C.B.S. (1973) Staatsuitgeverij Den Haag (Ter Perse).

** Zie bijlage Pr. 5

praktijkbevolking, daar deze berekening gebaseerd is op de verwachtingen uitgaande van onze praktijkbevolking.

Ook op andere wijze kan aangetoond worden dat de praktijkopbouw hier geen invloed heeft.

Wanneer we berekenen hoe groot het aantal opnames geweest zou zijn indien onze praktijksamenstelling gelijk zou zijn aan die van de Nederlandse bevolking, dan zouden 290 patiënten opgenomen zijn (bijlage Pr.6). Bij deze berekening is het aantal opnames in de eigen praktijk gestandaardiseerd op basis van de bevolkingsopbouw van Nederland.

Uitgaande van het gestandaardiseerde aantal opnames van de eigen praktijk is het eigen opname-% $\frac{290}{5457} = 53,1$.

In 1970 werden op een bevolking van 13.038.525 zielen 1 260.122 patiënten opgenomen,* dit is een opname-% van 96,6.

Dit verschil tussen het opname-% van de eigen praktijk en het landelijke is zeer significant ($U = -10,57$, $P < \frac{1}{2}\%$)

Indien het opname-% van de eigen praktijk voor het land zou gelden zou dit een besparing aan ziekenhuisopnames betekenen van \pm f. 1 milliard (zie bijlage Pr 7). Hierbij is uitgegaan van de gemiddelde kosten per opname. Daarbij dient men te bedenken dat hierbij de kosten van laboratoriumhulp e d , specialistenhonoraria voor de ziekenhuizen die geen all-in tarief hanteren niet zijn inbegrepen.

Deze gegevens konden worden bevestigd door de cijfers van het ziekenfonds waarbij het grootste deel van onze patiënten verzekerd is. Ook hier bleek het opname-% in de loop der jaren lager dan het gemiddelde te zijn.

Voor het jaar 1966 was bij dit ziekenfonds b.v. het opnamepercentage van de eigen praktijk 5,3% tegen een gemiddelde van 9%. De spreiding van het opnamepercentage van de verschillende huisartsen bij dit ziekenfonds was 4,7-16,7%. Deze grote verschillen en het feit dat bij dit ziekenfonds veel patiënten uit vergelijkbare praktijken in de directe omgeving van ons praktijkgebied verzekerd zijn, duiden erop dat dit verschil niet aan locale omstandigheden toegeschreven kan worden.

De Snoo, geciteerd door Bremer (1964) wijst erop dat een hoog verwijzingspercentage van een huisarts met een hoog opnamepercentage samengaat. Uit ziekenfondscijfers bleek dat een verwijzingspercentage van 20% en meer samenging met een opnamepercentage van 7,5%, een verwijzingspercentage van minder dan 10% met een opnamepercentage van 4,1%.

Ook al bepaalt de specialist dikwijls de opname-indicatie, toch heeft de huisarts via zijn verwijzingsbeleid een indirecte invloed op het percentage opgenomen patiënten in het ziekenhuis. Dit betekent dat een hoog verwijzingspercentage niet alleen de hogere kosten van de verwijzing met zich meebrengt, maar tevens de economische consequenties van een hoger opnamepercentage

Daar iedere huisarts een vast verwijzingspatroon heeft (Ruhe 1957, Bremer, van Es en Pijlman 1970) heeft de huisarts grote invloed op het aantal ziekenhuisbedden dat noodzakelijk lijkt te zijn. Hieruit blijkt eens

* Voorpublicatie van het overzicht van de gegevens van de ziekenhuizen in Nederland over 1970, verslagen en rapporten 1972, no 3, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en verzorgd door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid in samenwerking met Nationaal Ziekenhuisinstituut, de Nationale Ziekenhuisraad en het C.B.S., Staatsuitgeverij 1972)

te meer dat het benodigde aantal ziekenhuisbedden in sterke mate afhangt van de extramurale zorg. Het is duidelijk dat een beleid, gericht op een zo laag mogelijk verwijzingspercentage van de huisarts, het aantal benodigde ziekenhuisbedden zal doen dalen. Van Es en Pijlman menen dat het voortdurend toenemende verwijzingspercentage mogelijk afgeremd zou kunnen worden door een efficiëntere praktijkvoering, een goede opleiding van de huisarts, o.a. gericht op een juist te voeren verwijzingsbeleid en een nauwere samenwerking huisarts-specialist.

We beseffen terdege dat de genoemde besparing niet eenvoudig te realiseren is; wel kan gesteld worden dat de huisarts een sleutelpositie in de gezondheidszorg inneemt en dat door versterking van de extramurale zorg grote bedragen op de intramurale zorg bespaard kunnen worden. In hoeverre dit op verantwoorde wijze kan geschieden zal in par. 7.3.3. worden nagegaan.

7.3.2. *De verdeling van de ziekenhuispatiënten naar burgerlijke staat, wijze van verzekering en sociale laag*

Tabel 59

Burgerlijke staat		Wijze van verzekering		
gehuwd	54,1	ziekenfonds particulieren	<i>ziekenhuisbestand</i>	<i>praktijkbestand</i>
weduwe/weduwenaar	3,9		71,5	61,2
ongehuwd	42,0		28,5	38,8
n = 281 = 100%			n = 281 = 100%	5457 = 100%
		$\chi^2 = 9,68$	df = 1	P < 1%
Sociale laag				
Laag (ongeschoold, geschoold)		39,5		
midden (middelbaar personeel kleine zelfstandigen)		48,4		
hoog (academici, grote zelf- standigen, nogere employé's)		8,5		
onbekend		3,6		
		n = 281 = 100%		

Uit tabel 59 blijkt dat relatief meer ziekenfondspatiënten zijn opgenomen dan op grond van de praktijkbevolking verwacht kon worden. We dienen hierbij te bedenken dat de klinische bevallingen zonder indicatie alle ziekenfondspatiënten betreffen, terwijl bejaarden die relatief, vaak opgenomen worden, vrijwel allen ziekenfondspatiënten zijn.

Iets meer dan de helft was gehuwd, minder dan de helft behoorde tot de lagere en minder dan 10% tot de hogere sociale laag. De indeling naar de sociale laag geschiedde volgens het in de praktijk gebruikte z.g. H.T.V.systeem (van der Velden).

7.3.3. Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar ziekenhuis, specialist, specialisme, diagnose en ernst der ziekte

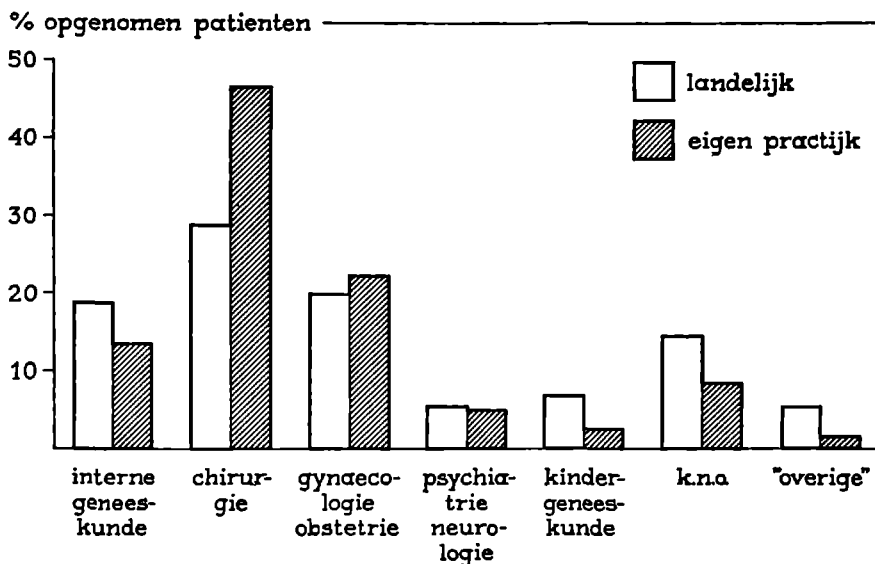
Tabel 60. Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar ziekenhuis, specialisten en specialisme

<i>Verdeling patiënten per ziekenhuis</i>			
1. ziekenhuis X		47,0	
2. ziekenhuis Y		18,1	
3. ziekenhuis Z		33,8	
4. elders		1,1	
		$n = 281 = 100\%$	
<hr/>			
<i>Verdeling patiënten naar behandelend specialist</i>			
1. specialist A		16,7	55,1%
2. " B		11,0	
3. " C		10,3	
4. " D		8,5	
5. " E		4,3	
6. " F		4,3	
		67,8%	
7. " G		3,5	12,7%
8. " H		3,2	
9. " I		3,2	
10. " J		2,8	
11. Overige 28 specialisten		32,2%	
		$n = 281 = 100\%$	
<hr/>			
<i>Verdeling patiënten per specialisme</i>	<i>Eigen praktijk</i>	<i>Landelijk*</i>	
1. interne specialismen	13,5	18,8	
2. chirurgische specialismen	46,6	28,9	
3. gynaecologie obstetrie, (incl. pasgeborenen)	22,4	20,0	
4. Psychiatrie/neurologie	5,0	5,5	
5. Paediatric	2,5	6,8	
6. Keel- neus- oorheelkunde	8,5	14,6	
7. Andere specialismen	1,5	5,4	
<hr/>			
$n = 281 = 100\% \quad n = 498.138 = 100\%$			
<hr/>			
$\chi^2 = 20,90 \quad df = 6 \quad P < \frac{1}{2}\%$			

* Gegevens van de ziekenhuisregistratie voor het jaar 1968, Diagnosestatistiek Ziekenhuizen 1966, 1967, 1968, C.B.S. 1971.

Uit tabel 60 blijkt dat onze patiënten voornamelijk over 3 ziekenhuizen verdeeld waren, bijna de helft lag in een der ziekenhuizen. De patiënten werden door 38 verschillende specialisten behandeld, het aantal behandelend artsen is echter in werkelijkheid veel groter, daar in twee van

*Figuur II De Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar specialismen voor de eigen praktijk vergeleken met landelijke gegevens C B S **



de drie ziekenhuizen ook assistenten werkzaam zijn. De helft van de ziekenhuispatiënten was over 6, twee-derde over 10 verschillende specialisten verdeeld. Dit is een gevolg van een doelbewust beleid de patiënten naar een beperkt aantal specialisten te verwijzen, om een goed contact te vergemakkelijken. In het algemeen laat de patiënt de keuze van de specialist immers aan de huisarts over (van Aalderen).

De verdeling van de ziekenhuispatiënten naar specialisme blijkt in onze praktijk sterk van de landelijke cijfers af te wijken (C.B.S. 1971). Het percentage interne, paediatrische en keel- neus- oorheelkundige patiënten is lager, het percentage chirurgische patiënten daarentegen veel hoger (Fig. II). De verdeling van de patiënten naar diagnoses blijkt uit tabel 61, waarin de 10 meest voorkomende diagnosegroepen van onze ziekenhuispatiënten zijn weergegeven. Deze cijfers hebben betrekking op ongeveer de helft van het aantal opgenomen patiënten.

Wat betreft bevallingen valt het zeer lage percentage pathologische bevallingen op. Het relatief hoge percentage normale bevallingen is te verklaren uit het feit dat een der ziekenhuizen een academisch ziekenhuis is, waar patiënten op eigen verzoek kunnen bevallen zonder een medische indicatie.

* Gegevens van de ziekenhuisregistratie van het jaar 1968, C B S. 1971.

Tabel 61. De verdeling van de patiënten naar de 10 meest voorkomende diagnosegroepen

	Eigen praktijk		Landelijk*	
1. <i>Tumoren</i>				
maligne	5,7)		4,5)	
benigne	3,9)	9,6	2,6)	7,1
2. <i>Bevallingen</i>				
normale partus	7,1)		3,0)	
pathol partus	1,8)	8,9	3,0)	6,0
3. <i>Herniotomie</i>		6,8		2,8
4. <i>Fracturen</i>		5,7		
5. <i>Appendicitis acuta</i>		4,6		2,6
6. <i>Psychiatrische ziektebeelden</i>		4,2		2,2
7. <i>Ziekten tract urogenitalis</i> (nefrolithiasis, prostatectomie)		3,9		
8. <i>Myocardinfarct</i>		3,2		2,0
9. <i>Tonsillectomie</i>		3,2		9,3
10. <i>Cholelithiasis</i>		2,8		2,0
		n = 151 = 52,9%	n = 498 138	
$\chi^2 = 32.18$		df = 8	$P < \frac{1}{2}\%$	
			* zie tabel 60	

Bij vergelijking met de landelijke gegevens blijken een aantal diagnosegroepen relatief vaker voor te komen, nl. tumoren, herniotomieën, appendicitis acuta en myocardinfarct. Dit betreffen ziekten waarvoor de opname-indicatie zeer duidelijk aanwezig is.

Psychiatrische ziektebeelden kwamen relatief vaker voor; dit is waarschijnlijk het gevolg van het feit dat bij de opname-indicatie voor deze groep patiënten meestal opname in het nabijgelegen academisch ziekenhuis plaatsvindt en meestal niet in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een rubriek als tonsillectomieën, waarvoor de opname-indicatie minder duidelijk is, komt juist minder vaak bij onze ziekenhuispatiënten voor.

Het feit dat relatief meer chirurgische patiënten uit onze praktijk gehospitaliseerd werden dan landelijk, is waarschijnlijk te verklaren uit het feit dat juist voor chirurgische patiënten de opname-indicatie dikwijls onvermijdelijk is. Zoals we zagen bestaat er een verband tussen het verwijzings- en opnamepercentage. Door een nauwkeurig en gericht verwijzingsbeleid in de eigen praktijk wordt het opnamepercentage verlaagd en ontstaat bovendien een geheel ander patiëntenbestand in het ziekenhuis vergeleken met landelijke gegevens: meer opnames met een duidelijke indicatie, minder opnames waarvan de indicatie discutabel is. Blijkbaar kunnen een groot aantal opnames voorkomen worden bij een gericht beleid van de huisarts.

Men kan zich afvragen of het lagere opname-‰ uit de eigen praktijk geen slechtere gezondheidszorg weerspiegelt. Zijn er door ons ten onrechte patiënten niet verwezen, c.q. opgenomen?

We dienen ons te realiseren dat het bijzonder moeilijk is uit te maken wat men onder een goede gezondheidszorg wil verstaan. Leenen (1972) stelt terecht dat de doelstelling van de extramurale zorg een andere, bredere is dan die van de intramurale zorg.

Het gaat in deze niet alleen om objectief waarneembare feiten maar om doelstellingen waarbij waarde-oordelen een rol spelen. Uit het oogpunt van de bredere doelstelling van de extramurale zorg – niet alleen een herstel van een somatisch effect maar ook herstel c.q. instandhouding van het welzijn in psychosociaal opzicht – betekent het voorkómen van niet dringend noodzakelijke opnames van patiënten al een betere gezondheidszorg. Niet direct noodzakelijke ziekenhuisopname betekent een psychische, somatische en sociale belasting van de patiënt en kan tot iatrogene invaliditeit leiden.

Ook Hattinga Verschure (1972) stelt dat ziekenhuisopname een ernstige verstoring van de gezondheidssituatie voor een individu betekent, indien we uitgaan van een ruimere gezondheidsdefinitie. Door hospitalisatie wordt het individu van zijn zelfzorgfuncties beroofd. Opname mag dan ook alleen plaats vinden indien medische reparatieve zorg uitsluitend klinisch geboden kan worden. Wat de somatische zorg betreft dient opgemerkt te worden dat door de relatie van de praktijk met de Universiteit een voortdurende contróle op ons dagelijks handelen bestaat. Regelmatige praktijkobservatie door binnen- en buitenlandse collegae, semi-artsen en dagelijkse onderlinge besprekingen dwingen ons tot zelfkritiek en plaatsen ons in een kwetsbare positie.

Wat de diagnostiek betreft dient vermeld te worden, dat patiënten nooit verwezen worden dan na een nauwkeurig lichamelijk onderzoek en in de eigen praktijk verricht laboratoriumonderzoek. Dit laatste wordt mogelijk gemaakt doordat twee ervaren full-time praktijksassistentes in de praktijk werkzaam zijn. Vervolgens wordt door ons ruimschoots gebruik gemaakt van klinisch en bacteriologisch laboratoriumonderzoek, röntgendiagnostiek e.d.

Uit de literatuur is gebleken (par. 1.6) dat bij een groot deel van de opnames geen specialistisch onderzoek noodzakelijk bleek te zijn. Juist bij deze patiënten komt vaak psychosociale problematiek in lichamelijke klachten tot uiting. Ons beleid is erop gericht deze problematiek op te sporen. Hierbij dient vermeld te worden dat beide huisartsen een intensieve en langdurige scholing in gesprekstechniek c.q. attitudevorming hebben gevolgd. Bovendien wordt geregeld en intensief met andere hulpverleners van het eerste échelon (wijkverpleegsters, maatschappelijk

werker, pastor) samengewerkt o.a. in een z.g. hometeam. Hierdoor kan vaak meer adequate hulp aan genoemde patiëntencategorieën geboden worden.

Verder dient nog vermeld te worden dat ons beleid erop gericht is z.g. high risk groepen op te sporen (z.g. anticiperende geneeskunde, van den Dool 1970) bv. patiënten met adipositas, hypercholesterolaemie. Hierdoor neemt de kans op vroegtijdige onderkenning van ziekten toe. Hierbij komt ook nog dat wij de zuigelingen- en kleuterbureaus in de eigen praktijk leiden en ook het grootste deel van de praenatale zorg uitoefenen. Er is dus in een aantal opzichten sprake van een andere praktijkvoering.

Uit tabel 61 is reeds gebleken dat een relatief groot deel van onze ziekenhuispatiënten een ernstige ziekte had (tumoren, myocardinfarct). Ten slotte zou men het enige harde criterium, het sterftecijfer, aan de orde kunnen stellen. Uit bijlage Pr.8 blijkt dat er geen enkele aanwijzing is dat het lagere opname % tot een hoger sterftecijfer geleid heeft.

Uit het bovenstaande zou men kunnen afleiden dat een beleid gericht op het vermijden van ziekenhuisopnames mogelijk is indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan: ruimschoots gebruik maken van eigen diagnostische hulpmiddelen, van röntgendiagnostiek resp. laboratoriumfaciliteiten, een goede opleiding en goede samenwerking met andere hulpverleners.

Dit zou inhouden dat versterking van de extramurale zorg de druk op de intramurale zorg zou kunnen doen verminderen, en dat dit ook verantwoord lijkt te zijn. Fry (1972) die in zijn eigen praktijk de verwijzing naar ziekenhuizen zag dalen van 10,5% in 1951 tot 4,0% in 1971, meent dat hierbij vooral meer ervaring, zelfvertrouwen en grotere diagnostisch-therapeutische mogelijkheden een rol spelen. Ook hij stelt dat de huisarts grote invloed heeft op het aantal klinisch behandelde patiënten.

Het is niet uitgesloten dat in meer geurbaniseerde streken de druk van patiënten om verwezen te worden groter is dan in ons praktijkgebied, dat als verstedelijkt platteland gekenmerkt zou kunnen worden. Dit moge ten dele een verklaring vormen voor een lager opname-%, het doet niets af aan het feit dat met een andere praktijkvoering een vermindering van het aantal opnames mogelijk is.

Bovendien vermeldde we reeds in par. 7.3.1. dat er ook bij vergelijkbare praktijken in de omgeving een enorme spreiding van het opname-% van het ziekenfonds bleek te bestaan.

In tabel 62 is de verdeling per diagnoserubriek van de E-lijst weergegeven, vergeleken met de landelijke cijfers. Het hoge percentage ziekten van de tractus digestivus is begrijpelijk wanneer men bedenkt dat de eerder

Tabel 62. Verdeling van 281 ziekenhuispatiënten naar diagnosegroep van de E-lijst (met vermelding van de gemiddelde verpleegduur per groep*

Diagnosegroep	Eigen praktijk	Landelijk	Gemiddelde verpleegduur in dagen*
I Infectieziekten	0,0	1,2	26,5
II Neoplasma	9,6	7,1	23,6
III Allergieën, endocrine stoornissen stofwisselings- en voedingsziekten	2,1	2,6	23,1
IV Ziekte van bloed en bloedvormende organen	0,0	0,7	24,5
V Psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen	4,3	2,2	37,3
VI Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen, ziekten van het C.Z.S.	6,0	5,8	20,8
VII Ziekten van de tractus circulatorius	8,8	6,8	24,3
VIII Ziekten van de tractus respiratorius	4,9	15,7	7,9
IX Ziekten van de tractus digestivus	18,5	11,2	18,3
X Ziekten van de tractus urogenitalis	7,5	8,1	14,3
XI Graviditeit, partus puerperium	9,9	9,4	11,1
XII Ziekten van de huid en onderhuids bindweefsel	0,7	1,8	22,6
XIII Ziekten van het bewegingsapparaat	1,8	4,3	23,3
XIV Congenitale afwijkingen	3,2	1,7	19,6
XV Ziekten van de neonatus	8,5	8,6	—
XVI Overige symptomen en niet duidelijk te diagnostiseren ziektebeelden	0,0	5,4	18,3
XVII Traumata, vergiftigingen	13,1	7,4	23,8
XVIII Inentingen, onderzoek, voorlichting e.d.	0,0	0,0	—
Onbekend	1,1	—	—

$\chi^2 = 87,67$ $df = 16$ $P < \frac{1}{2}\%$ $n = 281 = 100\%$ $498.138 = 17,6$
100%

genoemde diagnoses appendicitis acuta, hernia cholelithiasis, die vaker voor bleken te komen, tot deze rubriek gerekend kunnen worden.

Uit de tabel blijkt verder dat die diagnoserubrieken die bij onze ziekenhuispatiënten vaker voorkwamen, volgens landelijke gegevens alle een langere dan de gemiddelde verpleegduur hebben.

Tabel 63. Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar ernst der ziekte

1. Ernstig	23,5
2. Minder ernstig	37,7
3. Niet ernstig	38,8
$n = 281 = 100\%$	

* Diagnose Statistiek Ziekenhuizen 1966, 1967, 1968, C.B.S. 1971.

De verschillende diagnoses werden naar de ernst van de ziekte in drie categorieën onderverdeeld. Tot de eerste categorie rekenden wij potentieel levensbedreigende of tot invaliditeit leidende ziekten, zoals myocardinfarct, ernstige schedelletsels, maligne tumoren.

De tweede categorie betrof ziekten waarbij dit risico minder groot geacht kan worden, doch die wel tot een tijdelijke stoornis in de algemene toestand aanleiding geven, bv. appendicitis acuta, cholelithiasis.

De derde categorie betrof ziekten waarbij genoemd risico nauwelijks aanwezig is en waarbij niet of nauwelijks sprake is van een stoornis in de algemene toestand, bv. herniotomieën.

Uiteraard heeft deze indeling slechts enige betekenis bij vergelijkend onderzoek, gezien het subjectieve element van een dergelijke beoordeling. Naar onze mening bleek $\frac{1}{4}$ van onze ziekenhuispatiënten tot de ernstig zieken te moeten worden gerekend, de overigen waren gelijk over de twee andere categorieën verdeeld.

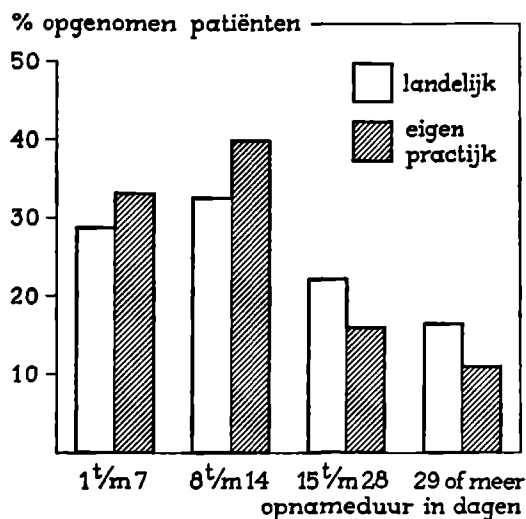
7.3.4. De opnameduur en de samenhang met een aantal factoren

Tabel 64. De opnameduur en een aantal factoren

Opnameduur	Eigen praktijk	Landelijk*			
1 t/m 7 dagen	33,1	28,8			
8 t/m 14 dagen	39,9	32,5			
15 t/m 28 dagen	16,0	22,2			
29 dagen of langer	11,0	16,5			
n = 281 = 100%		n = 498.138 = 100%			
Toets van Wilcoxon met een oneindig grote steekproef		U = 4.91 P < ½%			
Ernst van de ziekte	Opnameduur in dagen				
	0 t/m 7 dg.	8 t/m 14 dg.	15 t/m 28 dg.	29 dag.	n
ernstig	12,1	21,2	34,9	31,8	66 = 100%
minder ernstig	34,0	38,7	17,9	9,4	106
niet ernstig	45,0	52,3	2,7	—	109
n =	93	112	45	31	281
$\chi^2 = 88,40$ df = 6 P < ½%					
Leeftijd					
0-13 jaar	46,3	37,3	6,0	10,4	67 = 100%
14-35 jaar	37,8	47,6	7,3	7,3	82
36-65 jaar	27,8	38,1	21,7	12,4	97
66 jaar en ouder	11,4	31,4	40,0	17,2	35
n =	93	112	45	31	281
$\chi^2 = 36,84$ df = 9 P < ½%					

* Diagnose Statistiek Ziekenhuizen 1966, 1967, 1968, C.B.S. 1971

Figuur III Verdeling van de ziekenhuispatiënten naar opnameduur voor de eigen praktijk vergeleken met landelijke gegevens van het C.B.S.*



Uit tabel 64 blijkt dat driekwart van onze ziekenhuispatiënten niet langer dan twee weken opgenomen was. Vergeleken met de landelijke gegevens van het C.B.S. (1971) was de opnameduur van onze patiënten korter. In figuur III is dit nog eens in beeld gebracht: relatief meer korte, relatief minder langdurige opnames. Dit verschil is des te opvallender, daar de diagnosegroepen die bij ons relatief gezien vaker voorkwamen, landelijk juist een langere opnameduur hadden. Deze opnameduur kan mogelijk een gevolg zijn van het stringente verwijzings- c.q. opnamebeleid in onze praktijk, waarbij een aantal niet dringend noodzakelijke opnames voorkomen worden. Het bleek nl. dat deze laatste opnamecategorieën juist die groepen betreffen die langdurig gehospitaliseerd worden bv. probleempatiënten met onduidelijke ziektebeelden of opnames op sociale indicatie. Bovendien kan de intensieve bemoeienis met onze patiënten in het ziekenhuis een bijdrage hebben geleverd tot vervroegd ontslag. Dit laatste zou betekenen dat ziekenhuisbezoek van de huisarts ook economische voordelen kan opleveren.

Uit tabel 64 blijkt verder dat de opnameduur een duidelijke samenhang vertoont met de ernst van de ziekte en de leeftijd: ernstig zieken en ouderen worden langduriger gehospitaliseerd. Dit blijkt ook voor de groep door ons bezochte patiënten op te gaan (zie bijlage Pr. 1 en 2). Uit de tabel kan men aflezen dat, indien we onze patiënten slechts eenmaal per maand zouden bezoeken, wij 60% van de ernstig zieken en 55% van de

* Zie noot figuur II

bejaarden in het ziekenhuis zouden ontmoeten. Bij een bezoekfrequentie van eenmaal per maand zal men dus slechts een deel van deze belangrijke categorieën ontmoeten.

7.4. ZIEKENHUISBEZOEK VAN EEN HUISARTS

7.4.1. *Bezochte en niet bezochte patiënten*

Tabel 65

a. Bezoekfrequentie van 281 ziekenhuispatiënten		b. Bezoekfrequentie van 216 bezochte patiënten	
<i>Aantal bezoeken</i>		<i>Aantal bezoeken</i>	
0 maal	23,1		
1 maal	45,2	1 maal	58,8
2-4 maal	23,5	2-4 maal	30,6
5 maal of meer	8,2	5 maal of meer	10,6
n = 281 = 100%		n = 216 = 100%	

Alle ziekenhuispatiënten werden wekelijks door ons bezocht (par. 2.4.6.) hetgeen ons gemiddeld 2 uur per week kostte, inclusief het tijdverlies om naar het ziekenhuis te komen.

Uit tabel 65 blijkt $\frac{1}{4}$ van onze patiënten ondanks wekelijks ziekenhuisbezoek niet bezocht te zijn. Dit bleek voornamelijk het gevolg te zijn van een te korte opnameduur, een enkele keer werd dit veroorzaakt door een administratieve fout of door afwezigheid van beide huisartsen.

Indien de huisarts zijn patiënten wekelijks bezoekt wekt hij daarmee bij hen bepaalde verwachtingen. Daardoor zal een patiënt het hem kwalijk nemen als hij om een of andere reden niet door de huisarts bezocht wordt. Dit wordt door het volgende patiëntenvoorbeeld geïllustreerd.

Patient 1. Een 45-jarige vrouw, opgenomen met een rectumcarcinoom werd door een administratieve fout van het ziekenhuis niet door ons bezocht. Bij een visite van de huisarts na haar ontslag zegt ze, 'U had toch wel eens kunnen komen kijken hoe het met me ging in het ziekenhuis, dokter'

Wanneer we thans verder uitgaan van de groep door ons bezochte patiënten blijkt de helft slechts eenmaal door ons bezocht te zijn. Gezien het feit dat $\frac{3}{4}$ van onze ziekenhuispatiënten al na twee weken ontslagen was, is dit zeer begrijpelijk. Bij de verdere bewerking van de gegevens is, tenzij anders is vermeld, uitgegaan van deze 216 door ons bezochte patiënten.

7.4.2. *Plaats en omstandigheden van het bezoek aan de ziekenhuispatiënt*
Slechts met ruim 15% van de patiënten werd een- of meermalen gedurende de opname gesproken terwijl ze alleen waren. Dit gebeurde bv. in een apart kamertje, door toevallige afwezigheid van kamergenoten of op de

gang in het ziekenhuis. Het feit dat wij meestal niet in de gelegenheid waren onze patiënten alléén te spreken, kon soms zeer storend zijn, daar zaalgenoten zich vaak in het gesprek mengden. Bij de huisartsenenquête bleken sommige huisartsen bij hun bezoek door de verpleegsters gestoord te worden. Ook bij onze bezoeken kwam dit voor, zoals bij de volgende twee patiënten.

Patiënt 2 Een 70-jarige vrouw, opgenomen om een cholecystectomie te ondergaan wordt door de huisarts bezocht, terwijl de zuster haar aan het wassen is. Als de huisarts na een kwartier terugkeert ligt zij gekleed in bed. Tijdens het gesprek, waarbij patiënte haar jarenlange angst voor carcinoom naar voren brengt, komt de verpleegster vragen: 'Mogen we het bed even opmaken?' Patiënte moet haar verhaal onderbreken en raakt daardoor zichtbaar in de war. Pas na enige tijd komt het gesprek weer een beetje op gang.

Patiënt 3 Een 80-jarige vrouw is met leukaemie in het ziekenhuis opgenomen. Als de huisarts haar bezoekt zit zij met andere patienten aan een tafeltje te praten terwijl de verpleegsters bezig zijn bedden op te maken. 'Fijn dat U er bent dokter komt U zitten'. Als de huisarts bij patiënte plaats genomen heeft vraagt de zuster hem op te staan. Zijn stoel blijkt bestemd te zijn voor een van de andere patienten. Als de huisarts weer heeft plaats genomen wordt hem ten tweede male verzocht op te staan. 'U zit hier wel in de weg dokter, waarom komt U ook nu op bezoek?' De andere patienten, duidelijk geschrokken door deze opmerking, schuiven een krukje voor de huisarts aan.

In een dergelijke situatie kan men zich voorstellen dat sommige huisartsen menen in het ziekenhuis niet welkom te zijn.

Hiertegenover staan echter ook positieve ervaringen, zoals uit het volgende voorbeeld kan blijken.

Patiënt 4 Een 50-jarige man, die een herniotomie heeft ondergaan, wordt door de huisarts bezocht. De zuster, die bezig is de patiënt te helpen aankleden, haalt een stoel voor de huisarts en maakt hem opmerkzaam dat de behandelend assistent op de afdeling aanwezig is.

Bij een dergelijke gang van zaken krijgt de huisarts het gevoel dat het belang van zijn bezoek wordt ingezien. Ook het volgende voorbeeld geeft blijk van een positieve instelling van een verpleegster.

Patiënt 5 Een 42-jarige man is opgenomen voor een analyse van een snel verslechterende nierfunctie. Bij aankomst op de afdeling vraagt de hoofdzuster de huisarts of hij de status in wil zien. 'De uitslag van het p a onderzoek is net binnen dokter'.

Ook de soms aangeboden thee of koffie bij ziekenhuisbezoek geeft blijk van een positieve benadering van de huisarts door het ziekenhuispersoneel en geeft hem het gevoel welkom te zijn in het ziekenhuis.

7.4.3. *De inhoud van onze bezoeken aan ziekenhuispatiënten*

7.4.3.1. Inleiding

Zoals in par. 2.6.4. werd uiteengezet, werd van elke ziekenhuispatiënt de

inhoud van ons bezoek per opname vastgelegd. Bij 15% van de patiënten werd 1 of meer keer per opname uitleg gegeven, bij slechts 7% een advies. Ruim 28% uitte een belangrijke emotie, bij 24% vervulden we een brugfunctie één of meer keer gedurende de opname. Bij de overige bezoeken kon alleen van 'friendly visiting' worden gesproken.

Daar de geënquêteerde patiënten het tonen van belangstelling zo belangrijk bleken te vinden zijn ook deze bezoeken zeker niet als overbodig te beschouwen.

In deze paragraaf zullen wij nader ingaan op de inhoud van onze bezoeken en de samenhang met een aantal factoren. Deze factoren zijn: geslacht, wijze van verzekering, leeftijd, sociale laag en ernst van de ziekte. Alleen een significante samenhang ($P < 5\%$) wordt vermeld, daar het ons slechts om een globaal overzicht te doen is.

7.4.3.2. Het geven van uitleg door een huisarts

Tabel 66. Het geven van uitleg en een aantal factoren

		Het aantal keren per opname dat uitleg gegeven werd		
I. Ernst van de ziekte		0 ×	1 × of meer	n
Ernstig		71,9	28,1	57 = 100%
Minder ernstig		81,5	18,5	81
Niet ernstig		97,4	2,6	78
n =		183	33	216
$\chi^2 = 17,60$	df = 2	$P < \frac{1}{2}\%$		
II. Leeftijd		0		
0 t/m 13 jaar		98,0	2,0	51 = 100%
14 t/m 35 jaar		90,5	9,5	63
36 t/m 65 jaar		74,6	25,4	71
66 jaar en ouder		74,2	25,8	31
n =		183	33	216
$\chi^2 = 16,82$	df = 3	$P < \frac{1}{2}\%$		

Uit tabel 66 blijkt dat de ernst van de ziekte en de leeftijd van invloed zijn op het percentage patiënten dat uitleg van ons ontving, ongeveer $\frac{1}{4}$ van de ernstig zieken en ouderen ontvingen uitleg. Mogelijk kan dit door de langere opnameduur van deze categorieën verklaard worden. Zoals uit de inleiding reeds is gebleken, is het geven van uitleg geen eenvoudige zaak, daar hierbij met de kennis, wensen en gevoelens van ziekenhuispatiënten rekening moet worden gehouden.

Sommige patiënten hebben onjuiste ideeën, die op diepgewortelde, foutieve meningen berusten, zoals de volgende patient

Patient 6 Een 40-jarige man, opgenomen met een commotio cerebri, meent dat hij zijn leven lang hoofdpijn zal houden als hij onvoldoende bedrust zou houden. Zaalgenoten hebben hem in deze mening nog gesterkt. Bij ons ziekenhuisbezoek wordt hij door ons van de onjuistheid van dit denkbeeld op de hoogte gesteld.

De juistheid van de indicatie van langdurige bedrust bij commotio cerebri is nimmer bewezen. Zeker is nooit aangetoond dat hoofdpijnklachten door een tekort aan bedrust zouden kunnen ontstaan. Wel is bewezen dat bedrust op zichzelf tot hoofdpijn kan leiden (Schreuder).

Ook voor operaties kan uitleg zeer belangrijk zijn, daar hierdoor de bestaande angst beter verwerkt kan worden (hoofdstuk 1). De volgende patient kan dit illustreren.

Patient 7 Met een 45-jarige man, opgenomen voor een vaat-chirurgische ingreep i.v.m. een ernstige coronair insufficiëntie, worden bij het ziekenhuisbezoek de operatiemogelijkheden besproken en afgewogen tegen de thans bestaande gevaren. Patient lijkt na het gesprek opgelucht. Ook al had de cardioloog deze problemen al vaak met hem besproken, toch kon de huisarts hem, door bij zijn kennis en levenssituatie aan te sluiten, tot een betere motivatie voor de operatie brengen.

Veel patienten tonen een gebrek aan inzicht in hun ziekte (par. 1.1. en 3.2.2.) Sommigen durven de specialist niet om uitleg te vragen. Het gebrek aan inzicht kan tot onnodige angst leiden bv. door het bestaan van een ernstige ziekte. Uit de literatuur blijkt dat omgekeerd medici de neiging hebben angstige patienten juist geen uitleg te geven. De volgende patient kon de huisarts door een kort gesprek geruststellen.

Patient 8 Een 60-jarige vrouw is met rectaal bloedverlies in het ziekenhuis opgenomen. Zij maakt zich zorgen en meent aan carcinoom te lijden. 'Weet U dokter, ik durf het de specialist niet te vragen, de dokters vertellen je hier zelf niets.' Bij navraag bij de hoofdverpleegster blijkt patiente aan een proctitis te lijden. Ze is opgelucht als de huisarts de oorzaak van haar klachten uitlegt en zo de angst voor een carcinoom kan wegnemen.

Sommige patienten zijn niet op de hoogte van zaken die voor de medicus zonder meer duidelijk zijn. De volgende patiente laat duidelijk zien dat voorlichting bij de kennis en het niveau van de patient moet aansluiten.

Patient 9 Een 50-jarige vrouw, die een cholecystectomie heeft ondergaan, vraagt de huisarts of de galblaas weggenomen is. Ik vraag aan de dokters hier maar niets, ze komen met zoveel man, je durft niets te vragen.

Het betreft een bekend probleem: vele patienten verkeren nl. in de veronderstelling dat bij een galblaasoperatie alleen de stenen weggenomen worden. De huisarts had hier al vóór de operatie uitleg omtrent deze ingreep moeten geven. Bij deze patiente komt ook naar voren dat de

grote visite een rem kan betekenen om zich uit te spreken Groen (1972) wijst op het belang van het gedrag van de arts bij de grote visite. Een groot deel van de bezwaren tegen deze visite zou kunnen worden weggenomen door de patient de gelegenheid te geven vragen te stellen en hier dan duidelijk op in te gaan. Bovendien bleek het van belang te zijn de tussen de medici gevoerde technische discussie in voor de patient begrijpelijke taal samen te vatten.

In par. 3.2.2. bleek dat geenquêteerde patienten nog minder inzicht hadden in het beloop van de behandelingsprocedure dan in hun ziekte. Dit komt ook bij de volgende patient naar voren.

Patiënt 10 Een 20-jarige jongeman, opgenomen met een schedeltrauma, heeft geen klachten meer en is gemobiliseerd. Als de huisarts bij hem op bezoek komt vraagt hij hem 'Waarom lig ik nog in het ziekenhuis, ik wil zo graag naar huis dokter'. Hij denkt dat er misschien nog een E E G gemaakt zal worden, althans dit is door de zaalgenoten gesuggereerd 'Ze zullen dit eerst moeten aanvragen, denk ik'.

De onzekerheid van de patient kan vaak door suggesties van medepatienten versterkt worden, zodat foutieve denkbeelden kunnen ontstaan. De reden waarom de patient niet op de hoogte was is moeilijk te achterhalen. Zou de behandelend arts de patient liever niets mededelen om onaangename vragen als 'waarom vandaag niet dokter', te vermijden? Niet altijd kan de huisarts het gebrek aan voorlichting zelf opvangen, zoals bij de volgende twee patienten.

Patiënt 11 Een 58-jarige man moet in verband met verdenking op een leukaemie een sternumpunctie ondergaan. Hij is geweldig van deze ingreep geschrokken, daar niemand hem verteld had wat er met hem zou gaan gebeuren. 'Dat hadden ze toch wel even kunnen doen dokter'.

Het gebrek aan voorlichting kan ook tot gevaarlijke situaties leiden, zeker als patienten te bescheiden zijn om iets te vragen zoals de volgende patiente.

Patiënt 12 Een 40-jarige vrouw, die een cholecystectomie heeft ondergaan maakt zich zorgen over de teruggekeerde flatulentie. Toen 's nachts faeces in haar kleding was gekomen durfde ze daarom de zuster niet te bellen. Hoewel nog bedlegerig was ze opgestaan om zelf haar kleding uit te wassen.

7.4.3.3. Het geven van adviezen door een huisarts

Het geven van advies door de huisarts kwam zelden voor; uit tabel 67 kan men aflezen dat dit nog het vaakst gebeurde bij patienten van de hogere sociale laag en bij bejaarden.

Mogelijk was de communicatie met patienten van een hogere sociale laag beter en werd daarom vaker een advies gegeven. Deze patienten zullen er wellicht ook vaker om gevraagd hebben.

Tabel 67. Het geven van adviezen bij ziekenhuisbezoek en een tweetal factoren

I Sociale laag	Aantal keren per opname dat advies gegeven werd		
	o keer	1 of meer keer	n
laag	94,5	5,5	91 = 100%
midden	95,1	4,9	102
hoog	68,8	31,2	16
	n = 194	15	209
$\chi^2 = 15,10 \quad df = 2 \quad P < \frac{1}{2}\%$			
II Leeftijd			
0-13 jaar	100,0	—	51 = 100%
14-35 jaar	95,2	4,8	63
36-65 jaar	91,5	8,5	71
66 jaar en ouder	80,6	19,4	31
	n = 201	15	216
$\chi^2 = 11,91 \quad df = 3 \quad P < 1\%$			

$\frac{1}{5}$ van de bejaarden ontving een advies. Het vaker geven van adviezen kan bij deze groep samenhangen met een langere opnameduur.

Uiteraard hangen voorlichting en adviseren nauw samen, daar het geven van advies zonder uitleg zinloos lijkt.

Patiënt 13. Een 46-jarige man, opgenomen met een myocardinfarct, is de huisarts bekend als een stug sigarettenroker. Na uitleg over zijn infarct en de risicofactoren die daarbij een rol zouden kunnen spelen, wordt hem dringend aangeraden niet meer te roken.

7.4.3.4. Het uiten van belangrijke emoties

Uit tabel 68 blijkt dat ouderen en ernstig zieken vaker emoties uitten. Dit is mogelijk o.a. door de langere opnameduur van beide categorieën te verklaren. Iets minder dan de helft van de bejaarden en de ernstige zieken toonden minstens één keer gedurende de opname een belangrijke emotie bij het ziekenhuisbezoek van de huisarts.

Dit onderstreept zeer duidelijk het grote belang van ziekenhuisbezoek van deze categorieën patiënten. Uiteraard hangt het mede van de attitude van de arts af of deze emoties tot uiting komen. Men dient op de gevoelens van de patiënt in te gaan. De emoties kunnen verschillen naar aard en heftigheid. Soms geven patiënten uiting aan negatieve ervaringen met de ziekenhuissituatie, zoals de volgende patiënte.

Tabel 68. Het uiten van belangrijke emoties en een tweetal factoren

I. Leeftijd	Aantal keren per opname dat belangrijke emoties geuit werden			
	0 x	1 x	2 of meer maal	n
0-13 jaar	98,0	2,0	—	51 = 100%
14-35 jaar	74,6	19,0	6,4	63
35-65 jaar	57,7	26,8	15,5	71
66 jaar en ouder	54,8	32,3	12,9	31
n =	155	42	19	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 28,87	df = 3	P < ½%	

II. Ernst ziekte				
ernstig	52,6	28,1	19,3	57 = 100%
minder ernstig	67,9	23,5	8,6	81
niet ernstig	89,7	9,0	1,3	78
n =	155	42	19	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 24,70	df = 2	P < ½%	

Patiënt 14. Een 46-jarige vrouw die een cholecystectomie zal ondergaan blijkt bij het bezoek van de huisarts al vier uur op deze operatie te wachten. De zuster had vroeg in de morgen aangekondigd dat patiënte met wassen moest opschieten daar ze 'zo meteen' geholpen zou worden. Door het lange wachten was ze hypernervuus geworden en was haar angst toegenomen.

Het kan uiteraard voorkomen dat de gang van zaken gewijzigd moet worden bv. door een spoedingreep. Bij deze patiënte was een korte uitleg voldoende geweest de spanning van het wachten op te vangen.

Sommige patiënten uiten gevoelens van eenzaamheid, vaak versterkt door gevoelens van onzekerheid.

Patiënt 15. Een 50-jarige vrouw is ter observatie van een hypertensie en een slechte nierfunctie opgenomen. Ze voelt zich eenzaam in het ziekenhuis en pickert over haar man die alleen thuis is. 'Hij kan het thuis niet redden, dokter'. Zij is ook ongerust over de uitkomsten van het onderzoek. Bij een vraag aan de specialist of ze al naar huis mocht kreeg ze te horen: 'Dat zullen we de volgende keer wel eens bekijken'.

Doordat deze vrouw haar gevoelens van eenzaamheid en zorg over haar ziekte kan uitspreken, kan zij het verblijf in het ziekenhuis beter aanvaarden. Alleen de huisarts kon deze taak vervullen omdat enerzijds kennis van het thuismilieu, anderzijds medische kennis noodzakelijk is. Het is belangrijk de tijd te nemen voor het ziekenhuisbezoek (par. 3.3.) zoals de volgende patiënt laat zien.

Patient 16 Een 60-jarige man, opgenomen met een myocardinfarct, is duidelijk blij als de huisarts hem bezoekt. Als de huisarts na een kort gesprekje wil vertrekken zegt hij 'Gaaf U nu al weg, dokter, hebt U geen tijd?' Patient begint te huilen, blijkt angstig te zijn en klampt zich aan de dokter vast als deze weer naast zijn bed gaat zitten.

Hij voelde zich kennelijk tekort gedaan, omdat de huisarts hem onvoldoende aandacht schonk en niet genoeg tijd nam voor zijn bezoek.

Er zijn patienten die niet tegen confrontatie met andere zieken kunnen.

Patient 17 Een 51-jarige man met low back pain is ter observatie op een neurologische afdeling opgenomen. Als de huisarts hem bezoekt vraagt hij deze ervoor te willen zorgen dat hij op een apart kamertje komt te liggen. Hij blijkt huwelijksproblemen te hebben en kan niet tegen de ziekenhuissituatie op. 'Ik kan er niet tegen ook nog eens met de ellende van anderen te maken te krijgen dokter, ik heb zelf al genoeg problemen'.

Door het lijden van anderen werd patient nog sterker met zijn eigen problematiek geconfronteerd.

De hulp van de huisarts bestond hier niet alleen uit het overbrengen van het verzoek van de patient aan de verpleegster, maar vooral uit het scheppen van een klimaat, waarin hij met zijn emoties naar voren kon komen. Juist psychiatrische patienten hebben behoefte aan een hulpverlener die zij al langer kennen, daar het opbouwen van een relatie met deze patienten moeilijker is en meer tijd kost. Dat de huisarts hier een rol kan hebben laat de volgende patient zien.

Patient 18 Een 35-jarige man is na een tentamen suïcidi opgenomen. De huisarts had in het verleden vele, lange gesprekken met hem gevoerd. Patient voelt zich in het ziekenhuis niet thuis. 'Ik kan met niemand praten, al bedoelen ze het misschien goed met me'. 'Wat weten ze hier van mij af, ze schrijven je alleen de les voor'.

Patient ervaart de zaalvisite als een belasting, durft zich niet uit te spreken, omdat er behalve de behandelend arts ook assistenten en een verpleegster bij aanwezig zijn.

'Ik hoop dat U nog eens met mij komt praten dokter' zegt hij bij het afscheid.

Het is begrijpelijk dat vooral psychiatrische patienten het ziekenhuis als een vreemde wereld ervaren, waaraan zij zich moeilijk kunnen aanpassen. De gang van zaken in het ziekenhuis, zoals de zaalvisite draagt er niet toe bij dat zij zich gemakkelijk kunnen uiten. De vertrouwde figuur met wie hij al een relatie heeft betekent voor hem het herstel van het contact met een hem bekende wereld.

Het is begrijpelijk dat bij stervende patienten emoties naar voren komen, zoals de volgende patient illustreert.

Patient 19 Een 60-jarige vrouw, in het ziekenhuis opgenomen met een inoperabel longcarcinoom, is één dag voor het bezoek van de huisarts bediend. 'Ik ben blij dat U komt, dokter'. Ze is niet bang voor de dood, maar maakt zich zorgen over haar man. Patiente verlangt ook erg naar huis. Het vooruitzicht van een langer verblijf in het ziekenhuis benauwt haar. 'We zullen toch maar moed houden, dokter', zegt patiente bij vertrek van de huisarts.

Ook hier lijkt juist de huisarts te kunnen functioneren als hulpverlener die als het ware bij het thuismilieu hoort.

7.4.3.5. Het vervullen van de brugfunctie en de communicatie met het gezin

Zoals in het voorafgaande reeds uiteengezet werd, verstaan we hieronder de schakelfunctie die de huisarts kan vervullen tussen de patiënt in het ziekenhuis en zijn gezin thuis.

Deze functie heeft verschillende aspecten: informatie van de gezinsleden omtrent de toestand van de ziekenhuispatiënt, begeleiding van de gezinsleden i.v.m. problemen door opname ontstaan, voorbereiding van het thuismilieu voor het ontslag van de ziekenhuispatiënt.

Tabel 69. Ernst van de ziekte en het vervullen van de brugfunctie

Ernst van de ziekte	Aantal keren per opname dat brugfunctie werd vervuld			
	0 keer	1 keer	2 of meer keer	n
ernstig	57,9	17,5	24,6	57 = 100%
minder ernstig	74,1	18,5	7,4	81
niet ernstig	92,3	6,4	1,3	78
	n = 165	30	21	216
Berekening van Kruskal Wallis H = 24,04		df = 2	P < 1%	

Uit tabel 69 blijkt dat er een verband bestond tussen de ernst van de ziekte en het vervullen van de brugfunctie. Bij bijna de helft van het aantal bezochte, ernstige patiënten werd deze functie door ons uitgeoefend. Gedceltelijk kan dit door een langere opnameduur verklaard worden.

Wat betreft de communicatie van de huisarts met het gezin bleek het initiatief zelden van de huisarts uit te gaan (4 patiënten). Over 39 (13,9%) van de 281 ziekenhuispatiënten werd de huisarts op initiatief van het gezin benaderd. Het merendeel betrof patiënten die door de huisarts bezocht waren (36). We richten ons dan ook weer op de groep van 216 bezochte patiënten.

Uit tabel 70 blijkt dat bij ernstig zieken en langdurige opnames vaker overleg met het gezin gepleegd werd. De brugfunctie met het gezin is dus vooral voor ernstig zieken belangrijk en lijkt een taak van de huisarts te zijn die niet gemakkelijk door anderen overgenomen kan worden.

Soms wordt de huisarts benaderd om een verzoek van het gezin aan een ziekenhuisfunctionaris over te brengen, meestal in verband met de toestand van patiënt of het tijdstip van ontslag.

Tabel 70. De communicatie met het gezin en een tweetal factoren

Ernst der ziekte	Aantal keren dat communicatie met het gezin plaatsvond		
	o keer	1 of meer keer	n
ernstig	68,4	31,6	57=100%
minder ernstig	81,5	18,5	81
niet ernstig	96,2	3,8	78
	n = 180	36	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 18,47	df = 2	P < 1/2%
Opnameduur			
o t/m 7 dagen	90,0	10,0	40=100%
8 t/m 15 dagen	89,6	10,4	106
15 t/m 28 dagen	75,0	25,0	40
29 dagen en meer	63,3	36,7	30
	n = 180	36	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 14,87	df = 3	P < 1/2%

Patiënt 20. Een moeder van een 10-jarige jongen, die met een commotio cerebri opgenomen is, komt op het spreekuur van de huisarts met het verzoek de specialist te vragen wanneer haar zoontje ontslagen kan worden. Op haar vraag aan de verpleegster of ze de dokter even mocht spreken zou geantwoord zijn 'Dat is helemaal niet nodig, U hoort alles wel van ons' Toen ze daarna vroeg, hoe lang patiëntje nog in het ziekenhuis moest blijven, zou gezegd zijn: 'Dat moet U niet vragen, dat ziet U wel.'

Uiteraard kunnen andere woorden gebruikt zijn, het blijft echter een feit dat de moeder geen antwoord kreeg op een redelijke vraag. Het verzoek aan de huisarts om inlichtingen te vragen omtrent de toestand van een ziekenhuispatiënt komt bij de twee volgende patiënten ter sprake.

Patiënt 21. De vader van een pas geboren baby, met een hypospadie en een andere congenitale afwijking in het ziekenhuis opgenomen, vraagt de huisarts om inlichtingen. Door zijn wekelijks ziekenhuisbezoek aan patiëntje en zijn gesprekken met de behandelend arts is de huisarts in staat deze man op de hoogte te stellen. Zelf durfde deze vader niets aan een ziekenhuisfunctionaris te vragen.

Patiënt 22. Een 65-jarige vrouw is opgenomen teneinde een totale uterus-extirpatie te ondergaan. De huisarts wordt door haar overbezorgde man frequent gebeld om inlichtingen over de toestand, de behandeling, de resultaten van de operatie etc.

Sommige overbezorgde gezinsleden hebben een grote behoefte aan informatie. Omdat de huisarts deze mensen kent is hij eerder bereid aan deze op het eerste gezicht onredelijke wensen tegemoet te komen dan de specialist.

De huisarts kan ook een rol spelen bij het bepalen van de ontslagdatum

vooral door zijn kennis van het thuismilieu van de patient en de verzorgings- en verpleegmogelijkheden aldaar.

Patiënt 23 Een 76-jarige man met ernstige melaena tgv een actief ulcuslijden is de huisarts bekend als zeer gehecht aan zijn eigen vertrouwde omgeving. De familie dringt bij de huisarts aan op ontslag. Door bemiddeling van de huisarts kan patient ontslagen worden omdat de behandelend arts door hem is ingelicht omtrent de adequate verpleegmogelijkheden thuis.

Patient 24 Een 30-jarige vrouw is in het ziekenhuis opgenomen voor een klinische partus. Bij ziekenhuisbezoek van de huisarts blijkt patiente niet ontslagen te kunnen worden in verband met een te laag Hb gehalte, waarvoor zij ijzerinjecties krijgt. De huisarts stelt door bemiddeling van de hoofdzuster de behandelend arts voor, de ijzerinjecties door de wijkzuster te laten geven. Hierop wordt patiente dezelfde dag nog ontslagen.

Duidelijk blijkt uit deze voorbeelden dat de ziekenhuisfunctionarissen de mogelijkheden thuis onderschatten of bang zijn dat de noodzakelijk geachte therapie thuis niet uitgevoerd zou kunnen worden.

Patient 25 Een 36-jarige 3e para is klinisch van een dysmatuur kind bevallen. Bij bezoek van de huisarts blijkt dat de moeder binnenkort zonder haar kind ontslagen zal worden, hoewel dit in een goede conditie verkeert.

Voor de moeder zou dit een ernstig psychotrauma betekenen o.a. omdat haar tweede kind na de partus ook in het ziekenhuis achter had moeten blijven en ze zich nu helemaal op de thuiskomst had ingesteld.

De kinderarts meende dat de moeder niet goed voor het kind zou kunnen zorgen, gezien de belasting van haar gezin. De huisarts, die de gezinssituatie kent, weet echter dat de moeder het kind goed zal weten op te vangen. Na dit overleg worden moeder en kind ontslagen. Na een intensieve begeleiding van wijkverpleegster en huisarts blijkt het kind thuis in één week meer gegroeid te zijn dan in de laatste weken in het ziekenhuis.

Dit voorbeeld laat duidelijk zien dat binnen het ziekenhuis de mogelijkheden van het thuismilieu soms onderschat worden.

Men gaat dan uit van de gedachte dat dergelijke kinderen pas ontslagen kunnen worden als aan bepaalde somatische voorwaarden voldaan is, waarbij met de gunstige omstandigheden van het thuismilieu vooral in psychisch opzicht soms onvoldoende rekening wordt gehouden. Bovendien is men in het ziekenhuis niet op de hoogte van de opvangsmogelijkheden van het extramurale team, die nu eenmaal plaatselijk sterk verschillen. De huisarts dient vaak zelf initiatief te ontplooien, daar men hem zelden om zijn mening vraagt.

In andere gevallen kan de huisarts het ontslag thuis voorbereiden door het nemen van bepaalde maatregelen.

Patient 26 Een 30-jarige man is met een ernstige femurfractuur opgenomen. Hoewel klinisch gezien ontslag mogelijk lijkt, is dit, gezien het gebrek aan verzorgingsmogelijkheden thuis, niet te realiseren.

Door bemiddeling van de huisarts en de door hem ingeschakelde wijkverpleegster worden in het gezin verzorgingsmogelijkheden geschapen.

Patiënt 27. Een 40-jarige man, in het ziekenhuis opgenomen voor een liesbreukoperatie, wordt tevens door de orthopaed onderzocht in verband met rugklachten. Bij ziekenhuisbezoek van de huisarts blijkt dat de ingestelde fysiotherapie na het ontslag in het ziekenhuis gecontinueerd zal worden. Voor patiënt blijkt dit, gezien de lange afstand tot het ziekenhuis, een bezwaar te zijn. Door bemiddeling van de huisarts wordt al vóór het ontslag de behandeling in de woonplaats van patiënt geregeld.

Patiënt 28 Een 60-jarige man, opgenomen in verband met een adenocarcinoom van het rectum, blijkt bij het bezoek van de huisarts niet ontslagen te kunnen worden vanwege een niet geheel genezen anus praeter. Door overleg tussen de verpleegster in het ziekenhuis en de wijkverpleegster kan het ontslag hier vervroegd worden.

Dit overleg hoeft weinig tijd te kosten en heeft niet alleen voordelen voor de patiënt zelf, maar ook voor het ziekenhuis doordat een bed niet onnodig bezet wordt gehouden.

De huisarts heeft ook een belangrijke taak bij de gezinsleden van ziekenhuispatiënten, daar ziekte en opname van de patiënt dikwijls tot psychosociale problemen kan leiden.

Patiënt 29 Een 45-jarige man is met een myocardinfarct in het ziekenhuis opgenomen. Zijn vrouw vertoont tijdens deze opname allerlei, deels somatisch gepresenteerde klachten: hoofdpijn, nervositas, low back pain. Ze blijkt zich zorgen te maken over de toestand van haar man: 'Zal hij in staat zijn na herstel zijn bedrijfje voort te zetten?' Ze is ernstig overbelast door de zorg voor haar gezin en de voortzetting van het bedrijf. Ook andere gezinsleden vertonen in deze periode meer klachten. Onderlinge relatieproblemen in het gezin, die al jaren bestonden, doch niet naar buiten waren getreden, komen nu duidelijk naar voren. Door het gezin frequent te bezoeken en de hulp van een maatschappelijk werker in te schakelen kon deze problematiek bespreekbaar worden gemaakt.

Ziekenhuisbezoek is hier onontbeerlijk, wil de huisarts het gezin adequate hulp verlenen en patiënt na ontslag verder begeleiden.

Patiënt 30 Een 20-jarig meisje is met een bekkenfractuur in het ziekenhuis opgenomen. De moeder bezoekt de huisarts tijdens deze opname zeer frequent en maakt een depressieve indruk. Op de vraag van de huisarts: 'Ik heb het idee dat U zich zorgen maakt', antwoordt ze: 'Ja dokter, over mijn dochter, wordt ze wel weer helemaal de oude?' Ze blijkt zich zorgen te maken over de mogelijke gevolgen van de bekkenfractuur in verband met toekomstige graviditeit. Door zijn ziekenhuisbezoek is de huisarts op de hoogte van het herstel van patiënte en kan de moeder enigszins gerustgesteld worden.

Ook hier bleek het ziekenhuisbezoek van belang te zijn om de problematiek binnen het gezin van de ziekenhuispatiënt te begrijpen en adequaat tegemoet te treden.

7.4.4. *De communicatie bij het ziekenhuisbezoek*

7.4.4.1. De communicatie met verpleegsters

Gedurende zijn bezoek aan ziekenhuispatiënten zal de huisarts dikwijls bij het verpleegkundig hoofd van de afdeling inlichtingen willen inwinnen.

of omgekeerd informatie willen doorgeven. Weliswaar is soms overleg met de behandelend arts noodzakelijk, maar het verpleegkundig hoofd is voor de huisarts gemakkelijker bereikbaar. Het lijkt goed als deze ook van het bezoek van de huisarts op de hoogte is.

Bij ruim $\frac{1}{3}$ van de bezochte patiënten spraken we een of meer keer gedurende de opname met de hoofdzuster. Hierbij is het vragen om inlichtingen naar kamernummer en dergelijke, niet meegerekend.

Uit tabel 71 blijkt dat over ernstig zieken relatief vaak met de verpleegster overleg werd gepleegd en wel over ruim de helft van deze patiënten.

Tabel 71. De communicatie met de verpleegster en de ernst van de ziekte

Ernst van de ziekte	Aantal keren dat met verpleegster overleg werd gepleegd			
	0 x	1 maal	2 of meer maal	n
ernstig	45,6	21,1	33,3	57 = 100%
ninder ernstig	59,3	32,1	8,6	81
niet ernstig	80,8	16,7	2,5	78
	n = 137	51	28	216
Berekening van Kruskal Wallis H = 23,83 df = 2 P < 1%				

Bij een aantal van de bovenbeschreven patiënten, voornamelijk diegenen bij wie de brugfunctie een rol speelde, was de communicatie met de verpleegster van groot belang. Door overleg met haar kan de huisarts informatie uitwisselen, soms ook invloed op het ontslagtijdstip uitoefenen (patiënten 28 en 24).

Ook kan de huisarts trachten de gang van zaken in het ziekenhuis te beïnvloeden, zoals bij de volgende patiënt.

Patiënt 31. Een 50-jarige man is voor analyse van een mogelijk chronisch nierlijden in het ziekenhuis opgenomen. Bij het ziekenhuisbezoek klaagt patiënt bij de huisarts over het feit dat er de afgelopen week zo weinig gebeurd is: 'Dr. Y zou ook nog naar mij komen kijken'.

Na informatie bij de verpleegster blijkt inderdaad het diagnostisch proces te stagneren omdat een in consult geroepen collega nog niet verschenen is. 'Dr. Y heeft het altijd zo druk'. Na aandringen van de huisarts bij de verpleegster vindt het consult nog dezelfde dag plaats.

Hoewel de huisarts de patiënt tijdelijk in handen van de specialist gegeven heeft, behoudt hij m.i. toch een zekere verantwoordelijkheid. Indien het diagnostisch proces stagneert dient hij te proberen dit weer op gang te brengen in het belang van de patiënt en uit economische overwegingen. Soms kan de huisarts door overleg met de zuster informatie betreffende

de patiënt aan het ziekenhuis doorgeven. Dit zal in par. 7.4.5.3. nader worden beschouwd.

7.4.4.2. De communicatie met de behandelend arts tijdens ziekenhuisbezoek

Slechts bij 17% van de bezochte patiënten werd 1 of meer keer gedurende de opname met de specialist overleg gepleegd bij het ziekenhuisbezoek. Hoewel dit moeilijker te realiseren is dan het overleg met de verpleegster, kan de zuster niet altijd als intermediaire fungeren.

Soms zal de huisarts de specialist dan ook later opbellen (par. 7.4.5.).

Tabel 72. De communicatie met de specialist bij het ziekenhuisbezoek van de huisarts en een tweetal factoren.

Leeftijd	Overleg met specialist tijdens opname bij ziekenhuisbezoek		
	o maal	1 of meer maal	n
o t/m 13 jaar	88,2	11,8	51 = 100%
14 t/m 35 jaar	90,5	9,5	63
36 t/m 65 jaar	77,5	22,5	71
66 jaar en ouder	74,2	25,8	31
	n = 180	36	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 8,00	df = 3	P < 5%
Ernst van de ziekte			
ernstig	73,7	26,3	57 = 100%
minder ernstig	76,5	23,5	81
niet ernstig	97,4	2,6	78
	n = 180	36	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 17,60	df = 2	P < 1%

Uit tabel 72 blijkt dat er een verband bestaat tussen de communicatie met de specialist en leeftijd, resp. de ernst van de ziekte. Over $\frac{1}{4}$ van de bejaarden en ernstig zieken werd met de specialist gedurende het ziekenhuisbezoek overleg gepleegd.

In sommige gevallen leidde het overleg tot een kortere opnameduur (bv. pat. 25 en 23) of was de huisarts beter in staat de gezinsleden in te lichten (patiënt 21 en 30).

7.4.5. De gevolgen van het bezoek van een huisarts

7.4.5.1. Het optreden van een huisarts na ziekenhuisbezoek

Soms zal de huisarts na het bezoek aan een ziekenhuispatiënt een of

andere actie ondernemen, bv. overleg plegen met de wijkverpleegster, een specialist opbellen e.d. Dit bleek slechts bij 8% van de bezochte patiënten één of meer malen gedurende de opname plaats te vinden. Uit tabel 73 blijkt dat er een verband bestond tussen de leeftijd, resp. de ernst van de ziekte en het ondernemen van acties door de huisarts, in die zin dat dit bij ouderen en ernstig zieken vaker voorkwam.

Tabel 73. Het optreden van de huisarts na ziekenhuisbezoek en een tweetal factoren

Leeftijd	Aantal keren gedurende de opname dat een huisarts een actie ondernam na ziekenhuisbezoek		
	o maal	1 of meer maal	n
o t/m 13 jaar	100,0		51 = 100%
14 t/m 35 jaar	93,7	6,3	63
36 t/m 65 jaar	87,3	12,7	71
66 jaar en ouder	83,9	16,1	31
	n = 198	18	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 9,14	df = 3	P < 5%
Ernst van de ziekte			
ernstig	82,5	17,5	57 = 100%
minder ernstig	91,4	8,6	81
niet ernstig	98,7	1,3	78
	n = 198	18	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 9,17	df = 2	P < 1%

Bij een aantal patiëntenvoorbeelden kwam deze functie naar voren, bv. overleg met de wijkverpleegster (patiënten 26 en 28), met het gezin (patiënt 26), met de fysiotherapeut (patiënt 27).

7.4.5.2. Verbetering van het eigen inzicht door ziekenhuisbezoek

Bij de helft van de bezochte patiënten werd door het ziekenhuisbezoek ons eigen inzicht in de toestand van de patiënt 1 of meer maal gedurende de opname verbeterd.

Uit tabel 74 blijkt verbetering van eigen inzicht bij ouderen en ernstiger zieken meer voor te komen.

Door verbetering van zijn inzicht omtrent de toestand van de patiënt en het ziektebeloop is de huisarts in staat na het ontslag van de patiënt zijn behandeling beter voort te zetten, zoals de volgende patiënt kan illustreren.

Tabel 74. Verbetering van het eigen inzicht door ziekenhuisbezoek en een aantal factoren

Leeftijd	Aantal keren gedurende de opname dat inzicht door ziekenhuisbezoek verbeterd werd			
	o maal	1 maal	2 of meer maal	n
o t/m 13 jaar	62,7	19,6	17,7	51=100%
14 t/m 35 jaar	58,7	30,2	11,1	63
36 t/m 65 jaar	46,5	28,2	25,3	71
66 jaar en ouder	25,8	35,5	38,7	31
n =	110	60	46	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 14,66	df = 3	P< $\frac{1}{2}$ %	
Ernst van de ziekte				
ernstig	24,6	21,0	54,4	57=100%
minder ernstig	40,7	42,0	17,3	81
niet ernstig	80,8	17,9	1,3	78
n =	110	60	46	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 59,77	df = 2	P< $\frac{1}{2}$ %	

Patiënt 32. Een 52-jarige zelfstandige timmerman is met een myocardinfarct opgenomen. Hij vraagt zich af hoe het met de voortzetting van zijn bedrijf moet gaan na ontslag uit het ziekenhuis. Er blijken eigenlijk al langer problemen in zijn bedrijf te zijn. De huisarts kon enerzijds uitleg geven over de consequenties van het door-gemaakte infarct, anderzijds kon hij later weer op de problemen terugkomen toen patiënt weer thuis was. Het verkregen inzicht in het ziekenhuis bleek van groot belang om later deze patiënt verder te kunnen helpen.

Een goed inzicht in de toestand van de ziekenhuispatiënt is ook van belang voor een goede begeleiding van de gezinsleden (bv. patiënt 29).

7.4.5.3. Het geven van informatie aan een ziekenhuisfunctionaris bij het bezoek van een huisarts

Soms kan de huisarts relevante informatie aan ziekenhuisfunctionarissen verstrekken; dit bleek bij 9% van de bezochte patiënten één of meer maal gedurende de opname het geval te zijn. Deze informatie kan soms een bijdrage aan de behandeling van de ziekenhuispatiënt leveren, zoals bij de volgende patiënte.

Patiënt 33. Een 50-jarige vrouw met ulcus cruris, opgenomen i.v.m. extirpatie van een mammatumortje, werd vlak voor de opname door de huisarts behandeld i.v.m. erysipelas. De gegeven penicillinetherapie bleek in het ziekenhuis niet gecontinueerd te zijn, hoewel de huisarts deze informatie wel doorgegeven had. Door de verpleegster in te lichten kon de huisarts ervoor zorgen dat deze aandoening ook verder adequaat doorbehandeld werd.

Niet altijd kan de huisarts de specialist voldoende informatie geven vóór de opname, bv. als een patiënt buiten de huisarts om opgenomen wordt. De volgende patiënt is hiervan een voorbeeld.

Patiënt 34. Een 10-jarige jongen is na een straatongeval ter observatie van een mogelijke niercontusie in het ziekenhuis opgenomen. Er bleek een urineweginfectie te zijn gevonden, terwijl één nierschaduw te klein bleek te zijn. De huisarts kon de behandelend arts omtrent de oorzaak, nl. het bestaan van een reflux van de ureter, die elders reeds was vastgesteld, inlichten.

Soms kan de huisarts informatie omtrent de persoonlijke omstandigheden thuis doorgeven, die voor de behandeling van belang kunnen zijn, zoals bij de volgende patiënt.

Patiënt 35. Een 15-jarige jongen is ter observatie van een mogelijke epilepsie in het ziekenhuis opgenomen. De vraag deed zich voor of de doorgemaakte aanvallen alleen door epilepsie verklaard moesten worden of ten dele als min of meer hysteriform geïd moet worden. De moeder bij de huisarts bekend met een diabetes mellitus had vaak hypoglycaemische aanvallen. Het leek niet onmogelijk dat de jongen deze aanvallen van zijn moeder imiteerde.

7.5. DE BERICHTGEVING EN DE COMMUNICATIE MET SPECIALISTEN (BUITEN ZIEKENHUISBEZOEK OM)

In de vorige hoofdstukken bleken huisartsen, ondanks hun sterke wens hiertoe, zelden tussentijds bericht te ontvangen. Het onderzoek in de eigen praktijk bevestigt dit: over slechts 5% van de ziekenhuispatiënten werd bericht tijdens opname ontvangen. Het grootste deel betrof bovendien eigenlijk een reeds vóór ontslag gestuurd definitief bericht omtrent de patiënt (bv. een klinisch verrichte tonsillectomie).

Echte tussentijdse informatie kwam zeer sporadisch voor (1½% van onze opgenomen patiënten).

7.5.1. *Het meegeven of sturen van een voorlopig ontslagbericht*

De gewoonte van sommige specialisten om bij ontslag een voorlopig bericht mee te geven of te sturen bleek door de geënquêteerde huisartsen als een zeer gewenste procedure te worden beschouwd.

Bij slechts 6% van onze ziekenhuispatiënten werd een dergelijk bericht door ons ontvangen.

7.5.2. *Het sturen van ontslagbericht*

In tabel 75 is een overzicht gegeven van de aan ons verstrekte informatie over de ontslagen ziekenhuispatiënten. Over 10% waren we bij ontslag in einigerlei vorm geïnformeerd, hetzij door een 'ontslagbericht' tijdens de opname, hetzij door het meegeven van een voorlopig bericht.

Tabel 75. Ontvangst van ontslagbericht

1. Voorlopig bericht bij ontslag ontvangen of tijdens opname 'ontslagbericht' ontvangen	10,0	49,4	59,4
2. Ontslagbericht ontvangen 0-1 dag na ontslag	12,4		
3. " 2-3 dagen "	16,4		
4. " 4 t/m 7 dagen "	20,6		
5. " 8 t/m 14 dagen "	13,9	24,6	40,6
6. " 15 t/m 21 dagen "	10,7		
7. " 22 t/m 28 dagen "	5,0		
8. " 29 dagen of langer	5,3	16,0	
9. Ontslag bericht <i>niet</i> ontvangen	5,7		

$n = 281 = 100\%$

Uit de tabel blijkt dat we in de week na ontslag over bijna de helft van de patiënten bericht ontvingen. Wanneer we de vermelde 10% hierbij rekenen bleken we dus over 60% van onze ziekenhuispatiënten één week na ontslag ingelicht te zijn. Over 25% van de patiënten ontvingen wij 1-3 weken na ontslag een bericht. Over 16% van onze patiënten was ook drie weken na ontslag nog geen bericht ontvangen. De vraag doet zich voor of er verschillen in de berichtgeving bestaan tussen de diverse specialisten. Van de zes specialisten bij wie meer dan 10 patiënten opgenomen waren is de berichtgeving in tabel 76 weergegeven.

Tabel 76. Berichtgeving van de zes specialisten bij wie meer dan 10 patiënten opgenomen waren

Ontvangst van ontslagbericht	Nummer van de specialisten							Gemiddeld percentage van de 6 specialis- ten per categorie	Gemiddeld percentage van het totaal aantal spe- cialisten per categorie
	1	2	3	4	5	6	n		
binnen 7 dagen	19,1	100,0	89,7	95,8	41,7	75,0	103 =	66,5	59,4
8 t/m 21 dagen	53,2	-	3,4	4,2	50,0	25,0	36 =	23,2	24,6
na 21 dagen	27,7	-	6,9	-	8,3	-	16 =	10,3	16,0
n = 47 = 100%	31	29	24	12	12	155 =	100,0%	281	= 100,0%
Percentage patiënten van het totaal	16,7	11,0	10,3	8,5	4,3	4,3	55,1%		
Toets van Wilcoxon	U = 1.64		P> 10%						

Bij deze zes specialisten was iets meer dan de helft van de patiënten opgenomen. Onder berichtgeving binnen één week werd het percentage patiënten vermeld van wie de huisarts in enigerlei vorm bericht van de

specialist ontvangen had. Uit de tabel blijkt dat er zeer grote verschillen tussen de zes specialisten bestonden. Van drie specialisten werd over bijna alle patiënten binnen een week bericht ontvangen, terwijl dit bij de specialist met het hoogste percentage opgenomen patiënten voor slechts $\frac{1}{5}$ het geval was. Vermeld dient te worden dat deze specialist wel frequent telefonisch contact met ons heeft.

Bij toetsing bleek de berichtgeving van deze zes specialisten niet te verschillen van de totale groep, zodat gesteld kan worden dat de berichtgeving van specialisten bij wie relatief veel van onze patiënten opgenomen werden niet sneller was dan gemiddeld.

Tabel 77. Berichtgeving van specialisten per ziekenhuis

Ziekenhuis	voorlopig bericht of bericht tijdens opname	Ontvangst van bericht			n
		na 0 t/m 7 dagen	na 8 t/m 21 dagen	na 22 dagen of meer	
X	6,8	38,6	34,1	20,5	132 = 100%
Y	2,0	76,5	7,8	13,7	51
Z	18,9	49,5	20,0	11,6	95
n =		28	137	68	45
$\chi^2 = 37,29$		df = 6	$P < \frac{1}{2}\%$		

Uit tabel 77 blijkt dat tussen de specialisten van de drie ziekenhuizen een verschil bestond wat betreft de snelheid van berichtgeving. Van de specialisten in ziekenhuis X waren we over minder dan de helft, van die van ziekenhuis Y over meer dan $\frac{3}{4}$ binnen een week na ontslag ingelicht. Daar in ziekenhuis X de meeste patiënten opgenomen waren, zou men verwachten dat de relatie met de specialisten van dit ziekenhuis intensiever zou zijn en dat dit mogelijk juist tot een *snellere* berichtgeving zou leiden.

Tussen de snelheid van berichtgeving en de ernst van de ziekte bestond geen samenhang.

Gezien het feit dat we over 40% van onze ontslagen patiënten 1 week na ontslag nog geen informatie hadden ontvangen en over 16% zelfs nog niet na 3 weken, kan men stellen dat aan de berichtgeving nogal wat ontbrak.

Ontvangst van ontslagbericht binnen een week is noodzakelijk voor een goede voortzetting van de behandeling door de huisarts (Rapport King Edwards Hospital Fund).

Dit gebrek aan informatie kan tot misverstanden met patiënten aanleiding geven, daar deze veronderstellen dat de huisarts wél goed op de hoogte is. Patiënten verwachten dikwijls dat de huisarts hen na het ontslag thuis zal komen opzoeken en wachten dikwijls ook tevergeefs. Dikwijls wordt de huisarts om toelichting gevraagd van voorgeschreven medicamenten, diëten etc.

Bovendien geeft dit gemis aan inzicht in de door de ziekenhuisarts voorgeschreven behandeling problemen bij intercurrente aandoeningen of complicaties bv. in verband met foutieve combinaties van geneesmiddelen.

7.5.3. De communicatie met specialisten buiten het ziekenhuisbezoek om

Tabel 78 De communicatie met specialisten buiten ziekenhuisbezoek van de huisartsen

Opnameduur	géén communicatie	wél communicatie	n
1 t/m 7 dagen	90,0	10,0	40 = 100%
8 t/m 14 dagen	96,2	3,8	106
15 t/m 28 dagen	82,5	17,5	40
29 dagen en langer	80,0	20,0	30
n =	195	21	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 9,05	df = 3	P < 5%
Ernst van de ziekte			
ernstig	84,2	15,8	57 = 100%
minder ernstig	86,4	13,6	81
niet ernstig	98,7	1,3	78
n =	195	21	216
Berekening van Kruskal Wallis	H = 11,10	df = 2	P < 1%

Over slechts 10% van de bezochte patiënten vond communicatie met specialisten plaats buiten het ziekenhuisbezoek om.

Uit tabel 78 blijkt dat bij langere opnameduur en bij ernstigere ziekte vaker overleg buiten ziekenhuisbezoek om plaats vond. Deze twee factoren hangen uiteraard nauw samen. Het initiatief hiertoe ging of van de specialist of van de huisarts uit. De volgende patiënt is een voorbeeld van een initiatief van de kant van de specialist.

Patient 36. Een pasgeboren baby is voor operatieve correctie van een vitium cordis opgenomen. De vader maakt zich zorgen over de toekomst van het kind. De be-

handelend arts belt de huisarts na een gesprek met de ouders op om hem van deze angst van de vader op de hoogte te stellen. Er werd een gezamenlijk beleidsplan m.b.t. de begeleiding van de ouders opgesteld.

In andere gevallen werd de specialist door de huisarts benaderd bv. over ontslag van een patiënt (bv. patiënt 23 en 25).

7.6. SAMENVATTING

De gegevens van dit hoofdstuk kunnen als volgt worden samengevat.

In alle leeftijdscategorieën bleken uit de eigen praktijk minder patiënten te zijn opgenomen dan op grond van de klinische morbiditeitscijfers in Nederland verwacht kon worden.

Het totaal aantal opgenomen patiënten in 1971 was 281, tegen een te verwachten aantal van 511. Het voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde opname-% van de eigen praktijk (d.w.z. het opname-% van de praktijk als deze qua leeftijdsverdeling en geslacht een samenstelling gehad zou hebben gelijk aan de Nederlandse bevolking) was 53,1 tegen 96,6 voor Nederland.

Bijna de helft van de opnames betrof een chirurgische opname, relatief aanzienlijk meer vergeleken met landelijke cijfers. De meest voorkomende diagnosegroepen betroffen tumoren en bevallingen. Die diagnosegroepen waarvoor hospitalisatie onvermijdelijk leek te zijn kwamen bij de ziekenhuispatiënten uit de eigen praktijk relatief vaker voor. Evenals het lage opname-% leek dit het gevolg van een stringent verwijzings- en opnamebeleid te zijn. Bovendien bleek de opnameduur vergeleken met de landelijke gegevens korter te zijn: relatief meer korte, resp. minder langdurige opnames.

Ruim de helft van de patiënten was bij 6 specialisten opgenomen, de overigen waren over 32 anderen verdeeld.

Wat het ziekenhuisbezoek van de huisarts betreft bleek $\frac{1}{4}$ van onze patiënten ondanks wekelijks ziekenhuisbezoek niet bezocht te zijn. Hoewel vrij zelden advies of uitleg gegeven werd, uitte ruim $\frac{1}{4}$ van de ziekenhuispatiënten één of meer malen een belangrijke emotie en kon de huisarts bij $\frac{1}{4}$ als schakel tussen thuismilieu en ziekenhuis fungeren. Bovendien kwamen deze functies bij ouderen en ernstig zieken relatief gezien veel vaker voor.

Indien de patiënten niet wekelijks maar maandelijks bezocht zouden zijn, zou men van deze beide belangrijke categorieën globaal 40% niet in het ziekenhuis ontmoet hebben.

Terwijl over ruim $\frac{1}{3}$ van de ziekenhuispatiënten met de verpleegkundige overleg gepleegd werd, kwam dit overleg met de specialist tijdens het

bezoek van de huisarts minder vaak voor, relatief nog het vaakst bij ernstig zieken en ouderen.

Bij de helft van de bezochte patiënten werd het inzicht van de huisarts in de toestand van de patiënt verbeterd, dit was voor $\frac{3}{4}$ van de ernstig zieken het geval.

Zelden werd bij het bezoek van de huisarts informatie aan een ziekenhuis-functionaris doorgegeven, relatief het vaakst bij ernstigere zieken.

Aan de berichtgeving van specialisten ontbrak veel. Zelden werd door de huisarts tussentijds bericht of een voorlopig ontslagbericht ontvangen. Over 40% van de ontslagen patiënten was de huisarts een week na ontslag nog niet door de specialist geïnformeerd. Het aantal opgenomen patiënten per specialist had geen invloed op de snelheid van berichtgeving, evenmin de ernst der ziekte.

Tussen de zes specialisten, die de meesten van de ziekenhuispatiënten uit de eigen praktijk behandelden, bestond een groot onderling verschil in snelheid van berichtgeving, evenals tussen de specialisten per ziekenhuis.

7.7. CONCLUSIES

Na deze wekelijkse rondgang met een huisarts door het ziekenhuis, gedurende een jaar, kunnen we vaststellen dat deze in staat bleek de in de vorige hoofdstukken omschreven taken bij ziekenhuispatiënten te vervullen.

Maar betrekkelijk zelden kon een huisarts *helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen* d.m.v. uitleg en advies.

Soms werden belangrijke emoties geuit en kon de huisarts *helpen bij het verwerken van problemen en zorgen*. In een aantal gevallen kon hij inderdaad een brug slaan van het ziekenhuis naar het gezin door *informatie en begeleiding van gezinsleden* en de *overgang van het ziekenhuis naar het thuismilieu vergemakkelijken* door voorbereiding van het ontslag in het gezin of overleg met andere hulpverleners.

Hoewel de uitoefening van deze taken van de huisarts t.a.v. ziekenhuispatiënten kwantitatief beperkt lijkt, dienen we te bedenken dat deze taken bij bepaalde categorieën als bejaarden en ernstig zieken veel vaker uitgeoefend konden worden. De waarde van de bezoeken van de huisarts is ook moeilijk in maat en getal uit te drukken.

Ook de ziekenhuisbezoeken waarbij niet een bepaalde taak geregistreerd werd kunnen van belang zijn: voor de patiënt zelf, al was het alleen maar door het tonen van belangstelling, voor de huisarts om op de hoogte te blijven van de toestand van de ziekenhuispatiënt en het onderhouden van het contact met de wereld van het ziekenhuis.

Het bezoeken van de ziekenhuispatiënten kostte ons relatief weinig tijd, nl. ± 2 uur per week, inclusief het tijdverlies om in de drie ziekenhuizen te komen.

Concluderend lijkt het bezoeken van ziekenhuispatiënten daarom niet alleen zeer zinvol werk, maar kan het de huisarts ook veel voldoening geven. Bij tijdgebrek zou men de patiënten selectief kunnen bezoeken, liever dan de frequentie te beperken tot maandelijks bezoek, daar men in dat geval van de relatief belangrijkste groepen als bejaarden en ernstig zieken $\pm 40\%$ niet in het ziekenhuis zou ontmoeten.

Bij ons onderzoek viel het op dat de communicatie over ziekenhuispatiënten relatief vaak via de verpleegster verliep. Het is een verrassende bevinding dat het in vele gevallen niet nodig bleek met de specialist zelf overleg te plegen, maar dat de verpleegster hier een intermediaire functie vervulde, die veel tijd kon besparen. Dit maakt de taak voor specialist en huisarts veel lichter.

De berichtgeving van specialisten aan de huisarts liet veel te wensen over en vormde een belemmering voor een goede taak uitoefening van de huisarts, ook na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis.

Tenslotte bleek naast de taak van de huisarts t.a.v. ziekenhuis patiënten een *geheel ander aspect naar voren te komen en wel de mogelijkheid voor de huisarts tot het voorkomen van onnodige opnames, resp. de beperking van de opnameduur. Bij de aanvang van ons onderzoek hadden we niet beseft hoe belangrijk dit effect van de selectie van ziekenhuispatiënten is.*

Het voorkómen van niet dringend noodzakelijke opnames heeft immers verregaande somatische, psychische, sociale en ook economische consequenties. Het betreft hier veelal een groep patiënten die door een discrepantie tussen hun klachten en de gevonden lichamelijke afwijkingen de medicus voor een diagnostisch probleem stellen en bij wie vaak de klacht de uitdrukking is van psychosociale problematiek. Juist voor deze patiënten is opname een onnodige en gevaarlijke belasting, daar deze de patiënt aan de klacht kan fixeren en de mogelijkheid tot werkelijke hulp kan blokkeren.

De huisarts kan door onderkenning van de werkelijke problematiek de patiënt 'op het goede spoor' zetten.

Bovendien wordt hierdoor het dure ziekenhuisbed efficiënt gebruikt: die patiënten die specialistische hulp wél nodig hebben kunnen eerder en beter geholpen worden. Juist hier heeft de huisarts een sleutelpositie.

Voor de uitoefening van deze taak is ziekenhuisbezoek onontbeerlijk, wil de huisarts op de hoogte blijven met de mogelijkheden en beperkingen van de specialistische ziekenhuisgeneeskunde.

Zal de huisarts zijn identiteit hervinden door het besef van het belang van zijn eigen deskundigheid en zijn sleutelpositie in de gezondheidszorg?

Thuisgekomen uit het ziekenhuis zal hij, weliswaar vermoeid van zijn tochten door de lange gangen, beseffen dat dit ziekenhuisbezoek geen tijdverlies betekent, maar een wezenlijke bijdrage tot een betere gezondheidszorg.

Indien hij zich realiseert dat bovendien grote bedragen door zijn actief functioneren bespaard kunnen worden, zal hij met recht beseffen dat het de huisarts is die kan helpen zorgen voor de juiste man in het juiste bed.

De lezer die ons op onze rondgang door de wereld van ziekenhuispatiënt, huisarts en huisgezin heeft gevolgd, zal wellicht in verwarring zijn geraakt door de vele meningen en opvattingen, samenhangende factoren e.d. Heeft dit alles nu tot meer inzicht geleid in de door ons aan de orde gestelde problematiek omtrent de taak en functie van de huisarts ten aanzien van zijn ziekenhuispatiënten? Weet ik zelf thans beter waarom ik mijn patiënten in het ziekenhuis ga bezoeken?

We willen daarom naar de in par. 2.3. geformuleerde vraagstellingen terugkeren en deze groepsgewijze de revue laten passeren.

Vragen betreffende de mening van ziekenhuispatiënten (par. 2.3.1.)

Onze eerste vraag luidde: wat verwachten ziekenhuispatiënten van hun huisarts? Dit blijkt vooral belangstelling in de ruimste zin van het woord te zijn.

Zij menen bovendien dat de huisarts een aantal taken bij hen heeft te vervullen die hij normaliter ook in het thuismilieu vervult: het verlenen van een continue, integrale en persoonlijke zorg voor henzelf en hun gezinsleden.

De gezinsarts moet de patiënten in het ziekenhuis helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen, uitleg geven omtrent de ziekte en behandeling en het contact met het gezin onderhouden.

Zijn er verschillen in de waardering wat betreft het ziekenhuisbezoek van huisartsen? In het algemeen worden de bezoeken door patiënten zeer gewaardeerd, indien men het belang dat aan zijn bezoek gehecht wordt, afweegt tegen dat van andere hulpverleners als b.v. pastor en maatschappelijk werker. Vrouwen, patiënten met veel ziekenhuiservaring en die met een lager opleidingsniveau blijken de bezoeken van hun huisarts relatief het belangrijkste te vinden.

De vraag of huisartsen naar het oordeel van patiënten aan genoemde

verwachtingen voldoen moet negatief beantwoord worden. Bijna $\frac{3}{4}$ van de geënquêteerde patiënten blijkt b.v. niet door de huisarts bezocht te zijn.

Van de klassepatiënten, resp. patiënten met een hoger opleidingsniveau of met meer ziekenhuiservaring wordt een hoger percentage bezocht. Het eerste sluit niet, het tweede wel aan bij de wens van ziekenhuispatiënten. Opvallend is dat, ondanks verschillen in gedrag van huisartsen, het verwachtingspatroon van patiënten toch vrijwel constant blijft.

Het inzicht van ziekenhuispatiënten in hun ziekte en de behandelingsprocedure kan slecht genoemd worden. Bejaarden, patiënten met een lager opleidingsniveau en neurologisch/psychiatrische patiënten tonen het minste inzicht.

De gevonden plaatselijke verschillen kunnen mogelijk gedeeltelijk door deze factoren verklaard worden.

Vragen betreffende de mening van huisartsen (par. 2.3.2.)

Bij navraag naar het ziekenhuisbezoek bleek $\frac{1}{3}$ van de huisartsen zijn patiënten regelmatig (3 of meer malen per maand) te bezoeken, $\frac{1}{3}$ middelmatig vaak (1-2 maal per maand) en $\frac{1}{3}$ deed dit vrijwel nooit.

De bezoekfrequentie blijkt een samenhang te vertonen met een aantal factoren. Bij verdeling van de patiënten over meer dan drie ziekenhuizen daalt het percentage huisartsen dat patiënten regelmatig bezoekt, evenals bij een hogere urbanisatiegraad en bij meer tijdverlies om in het ziekenhuis te komen, anderzijds neemt het ziekenhuisbezoek toe indien huisartsen dit zelf belangrijker vinden.

De gevonden locale verschillen kunnen mogelijk door deze factoren verklaard worden.

In de randstad Holland lijken veel belemmeringen voor ziekenhuisbezoek door huisartsen te bestaan. De hoge urbanisatiegraad brengt o.a. verdeling van patiënten over veel ziekenhuizen met zich mee en leidt tot verkeers- en parkeerproblemen. De lagere bezoekfrequentie zal de communicatie met specialisten negatief beïnvloeden. Hierdoor zal de bezoekfrequentie mogelijk weer een negatieve invloed ondergaan, hetgeen tot een circulus vitiosus kan leiden.

In kleine steden lijken de omstandigheden voor ziekenhuisbezoek door de huisarts juist het gunstigst, mogelijk leidt dit tot een betere communicatie met de specialist.

Op de vraag naar hun motieven om ziekenhuispatiënten te bezoeken gaven de huisartsen als antwoord: het tonen van belangstelling en het

verlenen van continue persoonlijke zorg voor hun patiënten. Omgekeerd werd tijdgebrek als het belangrijkste motief opgegeven om patiënten niet te bezoeken.

Er worden bij ons onderzoek aanwijzingen gevonden dat insufficiëntiegevoelens van de huisarts ten opzichte van de specialist en het ziekenhuis mede een rol spelen bij het niet bezoeken van ziekenhuispatiënten.

Op de vraag of huisartsen bij het bezoeken van ziekenhuispatiënten een zekere voorkeur aan de dag leggen voor bepaalde categorieën patiënten, kan geantwoord worden dat naar hun eigen mening voornamelijk rekening gehouden wordt met de ernst van de ziekte en de band met de patient, niet zozeer met het al of niet 'particulier' zijn. Volgens opgave van de patiënten zelf bleek reeds dat dit laatste juist wel het geval is. We menen dat hier rationalisatie een rol speelt. De beoordeling van het eigen gedrag blijkt eens te meer moeilijk te zijn.

Een belangrijke vraag betreft de opvatting van huisartsen omtrent hun gedrag en taak ten aanzien van hun gehospitaliseerde patiënten. Deze blijkt in grote lijnen met die van patiënten overeen te komen, zelfs lijken de huisartsen hun eigen betkenis te overschatten. De helft van de huisartsen vindt hun taak in het ziekenhuis van zo'n groot belang dat zij zich medeverantwoordelijk voelen voor de behandeling van ziekenhuispatiënten.

Een andere belangrijke vraag stelt de mening over de communicatie met specialisten aan de orde. Hoewel de helft van de huisartsen hieromtrent een positief oordeel geeft, bestaat anderzijds veel kritiek op de berichtgeving van specialisten. Dit geldt met name voor de tussentijdse informatie, die, hoewel zeer gewenst, zelden voorkomt. De communicatie met specialisten toont, zoals we zagen, een samenhang met de bezoekfrequentie, de spreiding van patiënten over het aantal ziekenhuizen en de urbanisatiegraad.

Op de vraag naar mogelijke verbeteringen in de communicatie noemen huisartsen: het meegeven van een voorlopig ontslagbericht aan de patiënten, meer tussentijdse informatie, meer overleg over de ontslagprocedure en de mogelijkheid stafvergaderingen te kunnen bijwonen.

Vragen betreffende de mening van specialisten (par. 2.3.3.)

Hoe beoordelen specialisten de ziekenhuisbezoeken van huisartsen? Ook deze blijken de bezoeken van belang te vinden en zeer te waarderen. Deze waardering is veel groter dan de huisartsen zelf veronderstelden. Zouden de huisartsen zichzelf onderwaarderen?

De vraag of specialisten met huisartsen overeenstemmen wat betreft de opvatting over de taak van de huisarts ten aanzien van ziekenhuispatiënten kan positief beantwoord worden.

Wel zien specialisten het geven van voorlichting meer als een taak van henzelf en beschouwen zij de huisarts niet als medeverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. Mogelijk willen specialisten hun terrein ten opzichte van de huisarts duidelijker afgrenzen?

Het leerzaam effect van ziekenhuisbezoek wordt door specialisten sterker benadrukt dan door huisartsen zelf. Zien specialisten huisartsen nog niet als artsen met een eigen deskundigheid en blijven ze zichzelf als leermeester zien? Dat ook zij op hun beurt wel eens de leerling kunnen zijn van de huisarts is naar alle waarschijnlijkheid geen algemeen ingeburgerde gedachte.

Het oordeel van specialisten over de communicatie met huisartsen is veel negatiever dan omgekeerd. Er bestaat dan ook veel kritiek op de door de huisarts verstrekte informatie. In tegenstelling tot de huisartsen bestaat er bij hen in dit opzicht weinig zelfkritiek.

Zoals uit het voorafgaande begrijpelijk zal zijn geworden bestaan er duidelijke plaatselijke verschillen. In de randstad Holland lijkt de communicatie en het onderling begrip het slechtst te zijn. Maar ook in de kleinere plaatsen kunnen verschillen voorkomen, waarbij het opvalt dat de discrepantie in de beoordeling van de communicatie huisarts-specialist in de ene plaats veel groter is dan in de andere. Op zichzelf lijkt een dergelijke discrepantie al te wijzen op een communicatiestoornis tussen huisarts en specialist.

Wat betreft de door de huisartsen genoemde verbeteringen ten aanzien van de onderlinge informatie reageren de specialisten positief, hoewel over het sturen van tussentijds bericht wel verschil van mening bestaat. Specialisten achten dit òf minder belangrijk òf zien geen kans dit in de praktijk te realiseren.

Vragen betreffende het feitelijk functioneren van een huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten en de feitelijke communicatie van een huisarts met specialisten omtrent deze patiënten (par. 2.3.4.)

Onze eerste vraag luidde: welke problemen ontmoet een huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten? Welke inhoud hebben de met hen gevoerde gesprekken? Bij zijn ziekenhuisbezoek bleek een huisarts soms om advies gevraagd te worden. Sommige patiënten uitten belangrijke emoties: gevoelens van eenzaamheid, angst en onzekerheid kunnen in een rustig gesprek naar voren komen. Klassepatiënten bleken vaker uitleg te ontvangen, ouderen uitten vaker emoties.

De vraag of een huisarts hulp kan bieden aan zijn patiënten in het ziekenhuis en hun gezinnen kon positief beantwoord worden. Hij kan helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen en bij het verwerken van problemen. Hierdoor zal hij veel angst en onzekerheid kunnen wegnemen, hetgeen, zoals we in par. 1.2. zagen, het herstel van de patiënt kan bevorderen. Bovendien kan hij als schakel tussen het gezin en het ziekenhuis fungeren, de z.g. brugfunctie van de huisarts. Bij de uitoefening van deze taken speelt zijn kennis van het thuismilieu een belangrijke rol, hetgeen in sterke mate tot uitdrukking komt bij zijn adviezen omtrent de ontslagprocedure.

Ook kan de huisarts dankzij het ziekenhuisbezoek het gezin van zijn ziekenhuispatiënt beter begeleiden en meer adequate hulp verlenen. De brugfunctie lijkt kwantitatief en kwalitatief een belangrijke en specifieke taak. Alle bovengenoemde functies werden bij ernstige en langdurig zieken vaker vervuld.

Wat betreft de vraag naar de onderlinge informatie huisarts-specialist kan gesteld worden dat op dit punt veel lacunes bleken te bestaan. Tussentijds bericht en voorlopig ontslagbericht werd zelden ontvangen. Over bijna de helft van de ontslagen ziekenhuispatiënten bleek een huisarts bij ons onderzoek één week na ontslag nog niet ingelicht te zijn, hetgeen tot ernstige consequenties in de nabehandeling van ziekenhuispatiënten kan leiden.

Tussen de specialisten bestaan grote onderlinge verschillen in snelheid van berichtgeving. Het leek erop of elke specialist in deze zijn eigen patroon volgde, met name bleek de snelheid van berichtgeving niet afhankelijk te zijn van de ernst der ziekte of van de relatie huisarts-specialist.

Tenslotte de zeer belangrijke vraag naar de consequenties van het functioneren van een huisarts bij potentiële ziekenhuispatiënten t.a.v. de gezondheidszorg in het algemeen

Bij het onderzoek in de eigen praktijk bleken in het jaar van onderzoek in alle leeftijdscategorieën minder patiënten opgenomen te zijn dan op grond van de klinische morbiditeitscijfers in Nederland verwacht kon worden. In totaal werden 281 patiënten opgenomen tegen een te verwachten aantal van 511. Het lagere aantal opnames in de eigen praktijk blijkt ook uit ziekenfondscijfers in de loop der jaren.

Bovendien bleek het patiëntenbestand in het ziekenhuis van de eigen praktijk qua diagnose sterk van de landelijke gegevens af te wijken en wel in die zin dat relatief meer patiënten met een onvermijdelijke opname-indicatie gehospitaliseerd werden. Dit kwam b.v. tot uiting in het feit dat het aantal chirurgische patiënten relatief gezien veel hoger was

dan landelijk. De opnameduur bleek vergeleken met landelijke gegevens korter te zijn. Dit kan een gevolg zijn van een ander patiëntenbestand in het ziekenhuis, anderzijds is dit mogelijk een gevolg van een actief functioneren van de huisarts bij zijn ziekenhuispatiënten.

Indien het voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde opname-% van de eigen praktijk (53,1%) voor het gehele land zou gelden i.pl.v. het werkelijke % van Nederland (96,6%), dan zou theoretisch ongeveer Fl. 1.000.000.000.— op ziekenhuisopnames bespaard kunnen worden. Bij deze berekening is uitgegaan van de gemiddelde verpleegkosten per opname. De kortere opnameduur van onze patiënten en de honoraria van specialisten van de ziekenhuizen die geen all-in tarief hanteren, zijn hier niet inbegrepen.

De verklaring voor dit verschil lijkt te liggen in een meer gericht verwijzings- c.q. opnamebeleid. We dienen te bedenken dat de huisarts via zijn verwijzingsbeleid een weliswaar indirecte, maar grote invloed op het aantal op te nemen patiënten heeft.

Ons beleid is erop gericht de diagnostiek zoveel mogelijk in de eigen praktijk uit te voeren, mede door de hulp van twee ervaren fulltime praktijkassistentes, die o.a. het laboratoriumwerk uitvoeren. Verder wordt ruimschoots gebruik gemaakt van laboratorium- en röntgenfaciliteiten van de naburige ziekenhuizen, alvorens een patiënt verwezen, c.q. opgenomen wordt.

Bovendien wordt er zoveel mogelijk naar gestreefd psychosociale problematiek op te sporen, hetgeen mogelijk is dank zij een langdurige, intensieve training in gespreksvoering c.q. attitudevorming van de beide huisartsen. Met andere hulpverleners van het eerste échelon (wijkverpleegster, pastor, maatschappelijk werker) wordt intensief samengewerkt o.a. op consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en in een z.g. 'hometeam'. Indien we ons realiseren dat juist patiënten bij wie psychosociale problematiek in lichamelijke klachten tot uiting komt relatief frequent gehospitaliseerd worden, is het begrijpelijk dat een dergelijk beleid tot een vermindering van het aantal verwijzingen c.q. opnames kan voeren.

We zijn ons terdege bewust van de beperkingen van ons onderzoek, zeker wat betreft die onderdelen die betrekking hebben op niet representatieve groepen. Uiteraard zullen onze bevindingen verdiept en nader onderzocht dienen te worden. We menen echter de volgende twee conclusies uit deze exploratie op het grensgebied van de huisartsgeneeskunde en de ziekenhuisgeneeskunde te kunnen trekken.

1. *De huisarts heeft en volgens patiënten en volgens huisartsen en specialisten een specifieke taak bij ziekenhuispatiënten.* Deze taak vloeit voort uit zijn functioneren als gezinsarts en is complementair aan de technisch-

specialistische hulp die in het ziekenhuis geboden wordt. De huisarts bewaakt en begeleidt gezinnen en tracht in nauwe samenwerking met andere hulpverleners persoonlijke, integrale zorg aan hen te verlenen, ook tijdens ziekenhuisopname. Juist daarom is hij de hulpverlener die de kloof tussen intra- en extramurale zorg kan overbruggen: *ziekenhuis-patiënt-huisarts-huisgezin*.

2. *De consequenties van een gericht verwijzings- c.q. opnamebeleid door de huisarts zijn veel groter dan bij de aanvang van ons onderzoek verondersteld werd.* Als gevolg van de rol van de huisarts bij de selectie van ziekenhuispatiënten bezet hij inderdaad een sleutelpositie in de gezondheidszorg. Hij kan de thans alom noodzakelijk geachte verschuiving van de intramurale naar de extramurale zorg in sterke mate bevorderen.

Deze twee punten hangen nauw samen, daar het functioneren van de huisarts in het ziekenhuis een van de voorwaarden lijkt te zijn voor een verantwoorde selectie van ziekenhuispatiënten.

Voordat we de consequenties van deze conclusies nader beschouwen willen we nog eens de voordelen formuleren van het functioneren van de huisarts bij de begeleiding resp. de selectie van ziekenhuispatiënten.

A. *Het functioneren van de huisarts binnen het ziekenhuis* biedt voordelen voor de volgende vier groepen:

voor de ziekenhuispatiënt, omdat de huisarts een brug kan slaan van het gezin naar het ziekenhuis en ook in het ziekenhuis persoonlijke zorg kan verlenen. *Voor de huisarts*, omdat hij zijn identiteit kan hervinden en zich zijn specifieke taak in de gezondheidszorg ook bij klinische patiënten meer bewust kan worden. Door het contact met de specialist en de ziekenhuis-geneeskunde tijdens ziekenhuisbezoek kan hij zijn kennis en ervaring toetsen, hetgeen de patiëntenzorg en een verantwoorde selectie van ziekenhuispatiënten ten goede komt.

Voor de specialist, omdat het contact met de huisarts hem in staat stelt te profiteren van de specifieke bijdrage van de huisarts in de behandeling van patiënten. Onbekendheid met persoon en milieu van de patiënt en met de persoon van de huisarts, kan de specialist, door negatieve ervaringen met sommige huisartsen geleid, er b.v. toe brengen patiënten langer dan strikt noodzakelijk te hospitaliseren. Omgekeerd kan soms ook langere opnameduur nodig blijken te zijn.

Voor de gezondheidszorg in het algemeen, omdat het functioneren van de huisarts binnen het ziekenhuis één van de problemen van de gezondheidszorg, nader tot een oplossing kan brengen, nl. een beter afstemmen van de intra- op de extramurale zorg. Dat dit tot een kortere opnameduur kan leiden is uiteraard van groot belang, zowel uit overwegingen van de kwaliteit van de zorg als uit economische overwegingen.

B. *Een betere selectie van ziekenhuispatiënten door de huisarts heeft de volgende voordelen.*

Voor de patiënt, omdat het voorkómen van onnodige hospitalisatie een betere gezondheidszorg inhoudt. Hospitalisatie betekent immers een verstoring van de gezondheidssituatie, indien we van een brede gezondheidsdefinitie uitgaan (par. 1.6 en 7.3.3.). Dit geldt nog des te meer indien we bedenken dat het hier veelal juist om z.g. probleempatiënten gaat, een categorie voor wie de nadelige invloed van ziekenhuisopname in nog sterkere mate geldt. Bij deze patiënten bestaat een discrepantie tussen de eisen die het leven hen stelt (*belasting*) en de draagkracht om hieraan het hoofd te bieden (*belastbaarheid*). Psychosociale problematiek kan o.a. in somatische klachten tot uiting komen met als gevolg frequent spreekuurbezoek van patiënt en gezinsleden. Het is de taak van de huisarts om in het klachtenpatroon van de patiënt zowel de somatische aspecten als de onderliggende psychosociale problematiek te onderkennen c.q. adequaat te behandelen. (v. Lidt de Jeude 1971, Brouwer en Dijkhuis 1967, de Melker 1972). Daar de huisarts vaak onvoldoende lichamelijke afwijkingen vindt om deze klachten te verklaren, ontstaat de neiging deze patiënten voor nader onderzoek naar daartoe beter uitgeruste klinische specialisten te verwijzen, c.q. in een ziekenhuis te laten opnemen. De ervaring leert dat door ziekenhuisopname deze patiënten gesterkt worden in hun mening dat een somatisch lijden aan hun klachten ten grondslag ligt. Hierdoor dreigt fixatie van een psychosociaal probleem aan lichamelijke klachten op te treden, hetgeen soms zelfs tot iatrogene invaliditeit kan leiden.

Voor specialisten en ziekenhuizen, omdat door een betere selectie van ziekenhuispatiënten het patiëntenbestand in het ziekenhuis beperkt wordt tot die categorieën die de technisch-specialistische hulp werkelijk nodig hebben. Daarmee wordt zowel de kennis en ervaring van de specialist als de dure ziekenhuisapparatuur efficiënter benut. Wachtlijsten, ten nadele van diegenen die de hulp van de ziekenhuisgenceskunde nodig hebben, kunnen verdwijnen, specialisten zullen meer satisfactie in hun werk krijgen.

Voor de huisarts, omdat hij door het benutten van zijn deskundigheid bij de selectie van ziekenhuispatiënten zijn taak meer bewust zal uitvoeren, hetgeen tot meer voldoening en tot vermindering van de gesignaleerde insufficiëntiegevoelens kan leiden.

Voor de gezondheidszorg in het algemeen, omdat door een betere selectie van ziekenhuispatiënten geld beschikbaar komt voor de noodzakelijk geachte versterking van de extramurale zorg. De door Jacobs (1972) gesignaleerde cirkelgang: gebrek aan mankracht en middelen in het

eerste échelon leidt tot verwijzing naar een hoger échelon, waardoor de druk om deze laatste te versterken toeneemt, kan zo doorbroken worden.

Met deze voordelen voor ogen lijkt het gewettigd een poging te wagen te schetsen welke veranderingen moeten worden doorgevoerd om bovenstaande te realiseren. Daarbij zullen we onderscheid maken tussen de *selectie* van ziekenhuispatiënten en de *begeleiding* van ziekenhuispatiënten door de huisarts.

De patiënten

Wat betreft de *selectie van ziekenhuispatiënten* zal de patiënt zich bewust moeten worden van het feit dat de ziekenhuisgeneeskunde slechts voor een bepaald deel van de gezondheidsstoornissen adequate hulp heeft te bieden. De 'glamour' van het ziekenhuis zal tot reële proporties moeten worden teruggebracht, de deskundigheid van de huisarts meer erkend moeten worden.

Dat patiënten vaak ten onrechte een beroep op het ziekenhuis doen blijkt bv. uit een onderzoek van het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut: 60% van diegenen die zich tot een ziekenhuis om eerste hulp wendden bleek op eigen initiatief te zijn gekomen, terwijl de helft van hen door de eigen huisarts behandeld had kunnen worden (publicatie in voorbereiding).

Bij het streven naar een meer open arts-patiënt relatie zal de verwijzing c.q. opname met een mondige patiënt meer bespreekbaar moeten worden en niet, zoals nu soms het geval is, moeten lijken op het zeuren van een klein kind om een snoepje.

Wat betreft het begeleiden van ziekenhuispatiënten door de huisarts dienen we te bedenken dat in een meer open arts-patiënt relatie de ziekenhuispatiënt zijn problemen gemakkelijker zal uiten, hetgeen de arts in staat stelt zijn taak beter uit te oefenen. Patiëntenraden zouden hier een rol kunnen spelen (Thiadens).

De huisarts

Wat de selectie van ziekenhuispatiënten betreft zal de huisarts meer op eigen deskundigheid moeten vertrouwen. Voor een goed verwijzings- c.q. opnamebeleid is, zoals we zagen, een praktijkvoering wenselijk waarbij de huisarts het initiatief zoveel mogelijk in eigen handen houdt en eerst zelf een goede diagnostiek bedrijft. De praktijkvoering van de huisarts is zeker nog niet altijd optimaal. Bij een onderzoek in N. Holland bleek 43% van de huisartsen geen praktijkassistente te hebben (Rapport van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland). Raupp vond bij een onderzoek bij huisartsen in Z.Limburg dat slechts 45% over een fulltime hulpkracht beschikte, waarvan een deel geen specifieke opleiding genoten had. Slechts 37% van de huisartsen maakte min of meer

regelmatig gebruik (5 of meer keer per maand) van röntgendiagnostiek. We vermeldden reeds dat nauwe samenwerking met andere hulpverleners binnen het eerste échelon en een training in gespreksvoering noodzakelijk lijken voor de door ons voorgestane praktijkvoering.

Wat de begeleiding van ziekenhuispatiënten betreft is het de eerste taak van de huisarts de patiënt behoorlijk te instrueren (par. 1.7.) en met goede documentatie naar de specialist te sturen. Uit ons onderzoek bleek dat hier nog zeer veel aan ontbreekt. Voor een goede relatie met specialisten lijkt het gewenst dat de huisarts zich tot een klein aantal ziekenhuizen beperkt. In sterk geurbaniseerde streken, zeker wanneer de G.G. en G.D. als tussenschakel tussen huisarts en ziekenhuis fungeert, is dit moeilijk te realiseren. Door vorming van groepspraktijken c.q. wijkgezondheidscentra kan het aantal communicatielijnen met het ziekenhuis beperkt worden. Door bepaalde centra met een beperkt aantal ziekenhuizen te laten samenwerken lijkt ook in geurbaniseerde gebieden goede communicatie bevorderd te worden. Mogelijk is tussenschakeling van de G.G. en G.D. dan overbodig. Nauwe samenwerking binnen het eerste échelon is zeer gewenst om de continuïteit van de zorg te waarborgen. Door evaluatie van bestaande samenwerkingsverbanden zal meer inzicht verkregen moeten worden in de vraag in hoeverre deze vormen van samenwerking richtinggevend kunnen zijn voor de eerstelijns hulpverlening in de toekomst. Het moet niet uitgesloten worden geacht dat met betrekking tot de situatie op het platteland een andere vormgeving meer functioneel zal blijken te zijn dan die t.a.v. de situatie in de grote steden (b.v. home-teams versus welzijnscentra).

Ziekenhuisbezoek door de huisarts is efficiënter uit te voeren door zoveel mogelijk een vast tijdstip af te spreken met een ziekenhuisarts. Indien de huisarts door tijdgebrek gedwongen wordt zijn bezoeken te beperken zal hij zijn aandacht vooral moeten wijden aan de groepen ziekenhuispatiënten die een hoger risico lopen (bejaarden, ernstig zieken, probleempatiënten) en tot groepen die zijn bezoek belangrijk vinden (vrouwen, patiënten met een lager opleidingsniveau).

De specialist en het ziekenhuis

Met betrekking tot de *selectie van ziekenhuispatiënten* door de huisarts kan de specialist een belangrijke bijdrage leveren door zich op eigen taak en functie te bezinnen. Door velen (par. 1.6.) en zeer recent door de voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging (Versteegh, 1972) wordt voor een meer consultatieve functie van de specialist gepleit, waarbij met name de specialist de behandeling van patiënten niet onnodig van de huisarts overneemt.

Van beide kanten vereist dit mentaliteitsverandering; zo zal de huisarts meer gerichte vraagstellingen aan de specialist moeten voorleggen,

rekening houdende met de beperkingen van het betreffende specialisme. Wat betreft de *begeleiding van ziekenhuispatiënten* door de huisarts zullen specialisten en andere ziekenhuisfunctionarissen meer begrip voor taak en functie van de huisarts moeten krijgen. In de opleiding van specialisten en verpleegkundigen zou aandacht besteed kunnen worden aan het feit dat de huisarts de grote meerderheid van de ziektebeelden zelfstandig behandelt en dat milieufactoren van invloed zijn op het ontstaan en verloop van ziekten. De huisarts zal dan meer als een deskundige worden gezien die ook zijn specifieke bijdrage aan de behandeling van ziekenhuispatiënten levert, waardoor de huisarts zich ook in het ziekenhuis thuis zal voelen.

Voor de begeleiding van ziekenhuispatiënten door de huisarts is een goede administratie van het ziekenhuis van belang, tijdig bericht van opname en ontslag, tijdig bericht van overlijden, een apart kaartsysteem van opgenomen patiënten ten dienste van de huisarts etc.

Het sturen van tussentijdse informatie zou kunnen geschieden d.m.v. vóórgedrukte formulieren (zie bijlage SLB1). Hierdoor kan de huisarts patiënten gerichter bezoeken en zonodig contact met de specialist opnemen. Bij ingewikkelde problematiek zou de huisarts stafvergaderingen kunnen bijwonen. Aan de huisarts geeft dit de gelegenheid van de ziekenhuisgeneeskunde op de hoogte te blijven, hetgeen van belang is voor een goede patientenzorg, in het bijzonder voor de selectie van ziekenhuispatiënten. De specialist kan profiteren van de kennis van de huisarts omtrent persoon en milieu van de patient en van de mogelijkheden van de extramurale zorg.

Het meegeven van een voorlopig ontslagbericht kan tot een betere continuïteit van de zorg leiden. Het gaat hierbij om informatie van de belangrijkste gevonden afwijkingen en de verstrekte adviezen en medicatie (zie bijlage SLB2). Het definitieve ontslagbericht dient zo snel mogelijk – binnen een week – gestuurd te worden, wil de continuïteit van de patientenzorg gewaarborgd blijven. Deze goede berichtgeving is ook voor de verpleegkundige zorg van belang. Ook hier ontbreekt nog veel aan de continuïteit (Bergsma 1971, Schras 1971, Schreurs 1971). Uit eerder genoemd onderzoek in N. Holland is gebleken dat huisartsen bij snellere berichtgeving van specialisten minder behoefte hadden aan z.g. nazorgdiensten (Rapport van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in N. Holland). Wijkverpleegsters bleken bij goede samenwerking met huisartsen ook minder behoefte te hebben aan deze dienstverlening.

Bij het door ons geschetste model: goede samenwerking binnen eerste échelon en tussen intra- en extramurale zorg (m.n. snelle berichtgeving) zijn deze diensten grotendeels overbodig. Ze betekenen een partiele oplossing van een deelprobleem zonder de werkelijke problematiek van de

gezondheidszorg fundamenteel aan te pakken. Bovendien kunnen door het creëren van nieuwe functionarissen nieuwe communicatiestoornissen ontstaan.

Tenslotte zou men kunnen pleiten voor de aanstelling van een huisarts als coördinator binnen het ziekenhuis. Daar deze huisarts niet van het medische werk vervreemd moet raken, zou hij b.v. op de eerste-hulp afdeling van het ziekenhuis werkzaam kunnen zijn. Gezien de bevindingen van genoemd eerste-hulp onderzoek in Nijmegen lijkt dit zeer goed mogelijk. De huisarts-coördinator zou aldus twee taken hebben:

het verlenen van de hulp op het niveau van de huisarts;

het onderhouden van contacten met huisartsen in de regio enerzijds en met de ziekenhuistaf anderzijds.

Uiteraard zal deze arts de eigen huisarts niet kunnen vervangen en handhaven we het eerder gestelde nl. dat ernaar gestreefd dient te worden dat veel patiënten die zich voor eerste hulp tot het ziekenhuis wenden, zich primair tot hun eigen huisarts dienen te richten.

De gezondheidszorg in het algemeen, de Overheid

Wat betreft de selectie van ziekenhuispatiënten door de huisarts zal de Overheid een hoge prioriteit aan de opleiding van a.s. huisartsen moeten toekennen. Dit is noodzakelijk omdat de specifieke deskundigheid van de huisarts, waar we in het voorafgaande van zijn uitgegaan, nog onvoldoende is gerealiseerd.

De opleiding zal gericht moeten zijn op het ziektepatroon van de huisartsenpraktijk en op een goede diagnostiek en behandeling daarvan, op training van een goede attitude ten aanzien van patiënten, op vorming van de eigen persoonlijkheid van de arts en op samenwerking met andere hulpverleners. De toekomstige gezinsarts zal door deze nieuwe opleiding beter in staat zijn niet alleen ziektebeelden te herkennen, maar ook uit de scala van klachten de achterliggende psychosociale problematiek op te sporen.

Om de opleiding tot huisarts een hechte basis te geven zal de research in de huisartsgeneeskunde door de Overheid bevorderd dienen te worden. Vervolgens zal de Overheid ernaar moeten streven de extramurale zorg te versterken door de huisarts in alle ziekenhuizen 'vrije toegang' tot laboratoria en röntgendiagnostiek te geven.

De huisarts zou door subsidies tot een goede praktijkvoering gestimuleerd kunnen worden.

Er zouden meer mogelijkheden tot hulpverlening voor patiënten met psychosociale problematiek geschapen moeten worden: maatschappelijk werkers, caseworkers, gedrags- en gezinstherapeuten etc. Samenwerkingsprojecten met deze hulpverleners dienen bevorderd te worden.

De Overheid zou projecten dienen te steunen die een alternatief voor

hospitalisatie bieden bv. de inrichting van ambulatoria (Hattinga Verschure 1972, par. 1.6.).

Wat betreft de *begeleiding van ziekenhuispatiënten door de huisarts* zal de Overheid de samenwerking tussen intra- en extramurale zorg dienen te bevorderen door het steunen van experimenten. De Overheid blijkt bereid deze steun te verlenen (Stuyt 1972). Ook hier dient naar een fundamentele aanpak gestreefd te worden. De benodigde gelden om bovenstaande te realiseren zullen beschikbaar kunnen komen door besparing op dure ziekenhuisbedden. Dat het in deze om grote bedragen gaat werd door ons onderzoek zeer aannemelijk gemaakt. In de toekomst zal het zeker om nog grotere bedragen gaan (Hattinga Verschure).

Zowel vanuit het parlement (1971 GOZ Documentatie) als door de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Memorie van Toelichting op de Begroting voor 1973) is gepleit voor deze versterking van het eerste échelon.

Niet langer mogen we berusten in de ongefundeerde keuze voor de intramurale zorg ten koste van de extramurale zorg.

Teruggekeerd aan het ziekbed van de patiënt die we in de inleiding beschreven, voelen we ons gesteund in de overtuiging dat de huisarts een taak heeft bij ziekenhuispatiënten en dat hij niet alleen de kloof tussen de intra- en extramurale zorg kan overbruggen, maar dat hij ook in staat is de extramurale zorg meer in evenwicht te brengen met de intramurale zorg.

Verdere perfectionering van de technische mogelijkheden van de geneeskunde, hoe belangrijk ook, zal niet alleen zinloos blijken wanneer we de patiënt als mens uit het oog verliezen, maar zal tevens een steeds grotere inspanning vergen die slechts aan weinigen ten goede zal komen. De door ons voorgestane veranderingen kunnen ten goede komen aan alle patiënten.

Met ons onderzoek hopen we een bijdrage te hebben geleverd om dit alles te realiseren.

SUMMARY

In the foregoing chapters an investigation is described about the role and functions of the family doctor with respect to hospital patients. The author, who had been working as a family doctor for eight years when he began this investigation, wondered why exactly he always paid his hospital patients a weekly visit.

In the introduction a hospital patient is described for whom the family doctor could fulfil an important function, which provided the direct motivation for this investigation.

In chapter I a review is presented of the literature concerning the hospital patient, the relationship between hospital and domiciliary care and the role of the family doctor with regard to hospital patients.

The feelings of uncertainty of the hospital patient appear to be intensified by a lack of information. Good communication with the patients facilitated recovery.

Between the community and the family doctor on one hand and the hospital and the specialist on the other a gap has grown which has lead to an episodic, sometimes impersonal care for hospital patients.

Possibilities for improvements are frequently described in the literature, but without experimental validation. According to many authors the family doctor could play an important role in the realization of such improvements.

In chapter II the aims and the design of the investigation are described. One can describe this aim as:

an examination of the extent of the role of family doctors with respect to their hospitalized patients in the opinion of the patients themselves, family doctors and specialists, and in how far these opinions agree with each other.

an examination of how the communication between the family doctor and the specialist concerning hospital patients could be improved.

what consequences the actual relationship between a family doctor and his hospital patients can have for health-care in general.

In chapter III the results of an investigation into 361 patients from four

different hospitals are described. These hospitals varied in size, distribution over the country and in degree of urbanisation of the locality.

In chapter IV the results of an inquiry into 326 family doctors in the country are described. This group of family doctors appeared to be representative, according to a number of criteria, of the original unselected test group, which was taken at random from the register of Dutch family doctors.

In chapter V the opinions are given of 180 family doctors, who regularly had patients hospitalized in the four hospitals where the patients were interviewed.

In chapter VI the result of an inquiry involving 62 specialists, who were attached to these four hospitals, is described.

In chapter VII an investigation into the author's own joint practice is described in which the relationship of a family doctor to his hospital patients was examined. For this purpose information about the substance of the hospital visits to his own patients, the communication with nurses, specialists and the family of these patients and about the hospitalized patients themselves was collected over a period of one year.

In chapter VIII the results of this investigation are described. Following the formulation of the necessary improvements in the functioning of the family doctor in respect to his hospital patients, the author has attempted to give some indications as to how such improvements might be realized in practice.

The results of this investigation can be summarized as follows:

1. *Regarding the opinion of hospital patients*

In the first place they appeared to expect attention from their family doctor. They thought that, even in the hospital, he ought to give continuous personal care to patient and family.

Compared with other representatives of primary care (social worker, priest, district-nurse) the family doctor's visit appeared to be greatly appreciated, especially by women, patients with much hospital experience and with a lower level of education. The family doctor appeared not to live up to these expectations, $\frac{3}{4}$ of the patients appeared not to have been visited by their family doctor.

Their understanding of the disease and of the course of treatment was slight, especially in the elderly, neurological-psychiatric patients and those with a low level of education.

2. *Regarding the family doctors' opinions*

$\frac{1}{3}$ of the Dutch family doctors appeared to visit their patients regularly (three times a month or more), $\frac{1}{3}$ moderately often (once or twice a month), $\frac{1}{3}$ practically never.

The percentage of family doctors who regularly visit their patients

decreased as a function of increasing loss of time in getting to the hospital, distribution of the patients over more than three hospitals and of higher degrees of urbanisation. Lack of time was the most important motive for not visiting patients.

Local variations in frequency of visits could possibly be explained by these factors. In case of a low percentage of family doctors visiting their patients, the communication with the specialists will decrease, which produces a negative effect on the percentage of family doctors who regularly visit their patients, so that a vicious circle develops.

On the whole the ideas about the role of the family doctor with respect to his hospital patients appeared to agree with those of the patients.

Although half of the family doctors judged positively of the communication with specialists, on the other hand much criticism was expressed regarding the reporting by specialists, particularly in respect of the immediate information concerning hospital patients after discharge from the hospital. The most important improvements on communication mentioned were:

- sending a preliminary report of discharge
- more intermediate information
- more communication about the procedure of discharge
- the possibility of attending staff meetings ad hoc.

3. *Regarding the specialists' opinion*

The specialists also appeared to find the visits of the family doctor important and to appreciate these. Their idea about the role of the family doctor with respect to hospital patients appeared to agree in general with that of the family doctors.

The specialists underlined the instructive effect of the hospital visit more strongly than the family doctors and they did not consider the family doctor also to be responsible for the treatment.

The specialists viewed communication with family doctors more negatively than vice versa.

In this respect local differences existed: in the urbanised areas the mutual communication seemed to be worst. The specialists reacted positively to most of the improvements in mutual communication proposed by the family doctor.

4. *Regarding the actual functioning of a family doctor*

During his hospital visit a family doctor appeared to be able to give advice and sometimes explanation. The patients expressed feelings of loneliness, fear etc. He could help in solving problems such as important decisions (i.e. operations) and could function as a link between hospital, patient and family.

Because of his medical knowledge and his knowledge of the home en-

vironment he could play a role in the process of discharge. Because of his hospital visits he was also able to adequately support the family of the hospitalized patient. These functions were fulfilled more frequently with more seriously ill patients and older people.

Intermediate and preliminary reports were seldom received. In nearly half of the cases the family doctor was not informed within one week after discharge.

Although there were great differences between various specialists as to rapidity of reporting, this appeared not to be dependent on the number of patients hospitalized with the doctor in question.

An important finding was that during the year of investigation the number of hospitalized patients from our own practice was in all the age categories much lower than could be expected from the clinical morbidity figures in the Netherlands, namely 281 hospitalized patients instead of an expected number of 511. From Sickfund figures the lower hospitalization rate appeared to be constant during several years.

The patient material in the hospital from our own practice deviated strongly from the average data in the Netherlands, due to a marked selection in the sense that: relatively more patients with an inevitable admission indication appeared to be hospitalized. Moreover the period of hospitalization of the hospital patients from our own practice appeared to be distinctly shorter than the average. On the one hand this appeared to be the result of different patient material obtained by strong selection, on the other hand of the active functioning of the family doctors. If the admission rate standardized for age and sex of our practice (53,1%) were in force for the whole country instead of the actual average (96,6%), theoretically approx. Fl. 1.000.000.000 could be saved on hospital admissions.

Our investigation gives rise to two important conclusions:

1. The family doctor can, according to patients and family doctors as well as specialists, fulfil an important role in respect of hospital patients. This role results from his function as *a doctor to the family* and is complementary to the technical specialist help which is offered in hospital. The family doctor can therefore bridge the indicated gap between hospital and home: hospital patient – family doctor – family.
2. The consequences of a strict referral or hospital admission policy by the family doctor are very great and give him a key position in health care. He can promote the shift from hospital centred care to domiciliary care which is now generally considered to be necessary.

The active functioning of the family doctor with respect to the selection for admission and attending hospital patients seems to present the following advantages:

1. *For the patient:*

The prevention of unnecessary admissions of patients who do not directly need specialist help.

This particularly concerns those patients where psycho-social problems find expression in somatic complaints.

In these cases the family doctor often finds insufficient physical abnormalities as to the cause and is inclined to refer the patient, or to have him hospitalized for a detailed investigation.

The recognition of the real problem and the prevention of these admissions is of great importance because by hospitalization attention is fixed on the physical complaints and on the other hand, specialist help for these patients does not mean real help.

2. *For the specialist and the hospital:*

By a better selection and coördination of the treatment of hospital patients the specialist can restrict his help to those patients who need this most. This will lead to more satisfaction for the specialist, since he can put his laboriously acquired knowledge and experience at the service of those patients who really need this.

Moreover this means a more efficient use of expensive hospital beds, apparatus etc. and can reduce waiting-lists.

3. *For the family doctor:*

Also the family doctor will obtain more satisfaction in his daily work by utilization of his expertise in the selection and attending of hospital patients. He will thus be able to reestablish his own identity.

4. *For health care in general:*

Through the functioning of the family doctor with respect to the selection for hospitalization and by attending the hospital patient a better balanced relationship between hospital and domiciliary care can be developed and the gap between hospital and home milieu can be diminished.

The economic consequences have already been pointed out. From these points it is clear that the family doctor has a key position in health care. All the above mentioned categories will, though, have to work together for the realization of the whole.

The patient will have to realize that the hospital doctor is not the only salvation and that for many health disturbances more adequate help can be offered within the home milieu by helpers who work within the family.

The family doctor should resist pressure to refer patients (even when they ask for it) if he does not think it appropriate to do so. By his own medical

knowledge, with the help of X-ray and laboratory facilities and by close coöperation with other workers, he will be able to work better.

If a patient is to be admitted to hospital he ought to instruct the patient for the admission and send him with complete information to the specialist. Orientation on a small number of hospitals and specialists can advance communication. Hospital visiting can lead to better communication and is a real part of the task of the family doctor.

The family doctor will particularly have to bestow much attention on elderly people, seriously ill patients and problem patients.

The specialist and the hospital will have to foster more understanding of the role and functions of the family doctor in the training of prospective specialists and hospital personnel. They must realize that the family doctor treats the majority of cases himself, that environmental factors have an important influence on the development and course of diseases and that there exist strong interactions between the family and the patient. Then the family doctor will be considered an expert, so that he will feel more confident also in the hospital.

The specialist will then be able to act more as a consultant. A good administration at the service of the family doctor is important: notice of admission and discharge, immediate notice of death of hospital patients etc.

Interim information for the family doctor about the condition of his hospital patients is indispensable for his proper duties. Sometimes the family doctor will need to attend staffmeetings, especially because of his specific contribution in connection with his knowledge of the patients' family and the possibilities of nursing and attendance at home.

On discharge the family doctor ought to receive a preliminary report with data about the abnormalities that have been found, advice and medication that are given, etc.

The *government* will in the first place have to see to it that the family doctor has the necessary expertise by creating possibilities for adequate training. Here we think of a vocational training based upon the disease patterns specific for general practice and orientated towards problem-solving, training for a correct attitude towards patients and in coöperating with other workers. The family doctor will not only have to recognize clinical pictures but also the underlying psycho-social problems. For this purpose the government will have to strengthen the domiciliary care so that the family doctor will be able to help adequately. For this the availability of social workers, family therapists, caseworkers etc. will be indispensable. The lack of these possibilities often leads to inappropriate referral e.g. referral to specialist physicians.

Good coöperation between family doctor and specialist is of importance because lack of acquaintance by the specialist with the personality and environment, and with the possibilities of the home environment will often make him decide to hospitalize the patient longer than strictly necessary. The appointment of a previous family doctor as a coördinator in the hospital deserves consideration. In this role he could give primary help at the level of the family doctor and on the other hand stimulate and coördinate the coöperation between family doctors and specialists in the hospital.

The government will have to support experiments directed to these proposed improvements.

Our investigation has shown that practically all the persons concerned think such improvements desirable. The money needed to realize these may become available by saving on expensive hospitalizations.

Our investigation shows that the family doctor not only has a duty towards hospital patients, but also that he can bridge the gap between the medical science of the hospital and that of family practice and that he can stimulate a balanced relationship between hospital and domiciliary care.

All this will lead to a better health care and will benefit all patients. A priority of the first order seems to lie here, rather than in the perfecting of hospital medicine, which will require an ever increasing effort and will benefit only a relatively small group of patients.

En overigens, mijn zoon, wees gewaarschuwd, er is geen einde aan het maken van veel boeken en veel doorvoren is afmatting voor het lichaam.

(Prediker 12 · 12).

- AALDEREN, H. J. VAN EN W. P. VAN DEN HOUT, De huisarts, zijn persoon en denken in het geneeskundig proces. Wolters Noordhoff N.V., Groningen 1971.
- ANDRIESSEN, L. B. J. J., Overpeinzingen over een verpleegprijs van f 500,— per dag in 1980. Het ziekenhuis 1 (1971), 163
- APPELS, A. EN W. G. J. IEMHOFF, Hartinfarct en Gezondheidszorg. Med. Contact 27 (1972), 141.
- BALINT, M., The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publishing Co Ltd., London 1964.
- BARNES, ELISABETH, People in Hospital. McMillan & Co. Ltd., London 1961.
- BEAUVOIR, SIMONE DE, Une mort très douce. In vertaling: Een zachte dood. C. de Boer, Bussum 1965
- BEKKERING, D. H., Vertechnisering in de medische sfeer. Metamedica 49 (1971), 251.
- BERG, J. H. VAN DEN, Psychologie van het ziekbed. Callenbach N.V., Nijkerk 1970
- BERGER, W. J., Leren bijstaan van stervenden. Openbare les, Nijmegen 1968
- BERGSMA, J., Gezonde communicatie. De Tijdstroom, Lochem 1971
- BERGSMA, J., Continuïteit, het probleem van de verscheurde patient. Uit. Continuïteit van de verpleegkundige zorg² Verslag van een conferentie op 2 en 3 april 1971. Kerk en Wereld, Driebergen 11 (1971), 8
- BOEKE, P. E., Beeldvorming van het ziekenhuis. Verslag Symposium v.d. Universitaire Leergang Ziekenhuisorganisatie te Groningen. Het Ziekenhuis 1 (1971), 49
- BOEREMA, I., Vervroegd ontslag uit een chirurgische kliniek. Ned. T. Geneesk. 115 (1971), 563.
- BRAMLAGE, C. A. A., Gezondheid en ziekte te Zutphen; enquête naar de gezondheidszorg bij 536 gezinnen. Diss. Leiden 1962.
- BREMER, G. J., Het verwijzen in de huisartspraktijk. Van Gorcum en Comp. N.V., Assen 1964.
- BREMER, J. J. C. B., Het ziekenhuis; milieu voor velen. Uit: Mens en Milieu, 19e Nijmeegse Symposium voor medische Studenten, Thoben Offset, Nijmegen 1971, 161.
- BREMER, J. J. C. B., De ziekenhuispatient. Diss. Groningen, 1963
- BROTHERSTEN, J. H. F., The use of the Hospital, review of research in the United Kingdom. Medical Care, 1 (1963), 225
- BROUWER, W., EN J. H. DIJKHUIS, Praten met patienten. Erven J. Bijleveld, Utrecht 1967.
- BROWN, E. L., Meeting patient's psychosocial needs in the General Hospital. Uit: Skipper, J. K., — R. C. Leonard, Social Interaction and patient Care, J. B. Lippincott, Philadelphia 1965, 7.
- BURROWES, W. L., The General Practitioner and the Hospital. The Practitioner, 206 (1971), 810.
- BUTRYM, Z., Social work in medical care. In vertaling. medisch maatschappelijk werk, vertaald door Kogel, K. M. de, Samson N.V. Alphen a/d Rijn 1970.
- CASSEE, E. TH., Sociologische aspecten van de samenwerking tussen artsen en

- verpleegkundigen. Uit: Arts en verpleegkundige in het ziekenhuis, Jongsma M. W. (red.), Verslag van een Boerhaavecursus, Universitaire Pers, Leiden 1970, 31.
- CASSEE, E. TH., Kommunikatie en therapeutisch gedrag. I, II, III, Tijdschrift voor ziekenverpleging 23 (1970) resp. 524, 564, 630.
- CASSEE, E. TH., Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt. Huisarts en Wetenschap 12 (1969), 97.
- CASSEE, E. TH., Leiderschap en rolbegrenzing in een ziekenhuisorganisatie. Socio-logische Gids 14 (1967), 86.
- CASSEE, E. TH., Leiding geven. I, II, III, IV. Tijdschrift voor ziekenverpleging 19 (1966), resp. 30, 88, 185 en 342.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Diagnose statistiek ziekenhuizen 1969-1970. Staatsuitgeverij, Den Haag 1973 (Ter Perse).
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Maandstatistiek van bevolking en Volksgezondheid. 19 (1971), 29.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Diagnose statistiek ziekenhuizen 1966, 1967 en 1968. Staatsuitgeverij Den Haag 1971.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Typologie van de Nederlandse Gemeente naar Urbanisatiegraad. W. de Haan, N.V., Zeist 1964.
- Colloquium, 'De Huisarts', Beerse 1970.
- CROMBIE, F. L., EN K. W. CROSS, The relationship of hospital and domiciliary care Med. Care. 1 (1963), 245.
- DAVIS, H., Future patterns of practice. J. Roy. Coll. Gen. Practit. 20 (1970), suppl. no. 1, 6.
- DEEN, K. J. VAN, Wat verwachten de ziekenhuizen van de huisartsen? Uit: Verslagen en voordrachten en discussies Studiedagen 1966-1967. Georganiseerd door de Stichting Samenwerking Amsterdamse ziekenhuizen, Cloeck en Moeigh Amsterdam 1967, 10.
- DELILLE, L., Huisarts en Ziekenhuis. Colloquium 'De Huisarts' Beerse 1970.
- DOKTER, H. J., De huisarts in de nabije toekomst. Huisarts en Wetenschap 14 (1971), 179.
- DOOL, C. W. A. VAN DEN, Surveillance van risicogroepen, Anticiperende Geneeskunde. Huisarts en Wetenschap 13 (1970), 59.
- DROGENDIJK, A. C., Ziekenhuis - Maatschappelijk werk. Ned. T. Geneesk. 112 (1968), 902.
- DROGENDIJK, A. C., Huisartsgeneeskunde in verleden, heden en toekomst. De Erven F. Bohn. N.V., Haarlem 1965.
- DUMAS, R. G., B. J. ANDERSON, EN R. C. LEONARD, The importance of the expressive function in preoperative preparation. Uit: Skipper J. K., R. C. Leonard (red) Social interaction and patient care, J. B. Lippincott, Philadelphia 1965, 16.
- DIJKHUIS, H. J. P. M., Algemene artsen, huisartsen nieuwe stijl en huisartsen specialisten. Huisarts en Wetenschap 13 (1970), 207.
- DIJKHUIS, H. J. P. M., De gezondheidszorg voor morgen. Kath. Artsenblad 48 (1969), 248.
- Editorial, Doctor and nurse. The Lancet II, 7680 (1970), 971.
- ELLERBECK, J. P. W., De wereld van de zieke mens, een psychologische benadering van het ziek zijn. De Toorts, Haarlem 1961.
- ES, J. C. VAN EN H. R. PIJLMAN, Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse Huisartspraktijken. Huisarts en Wetenschap 13 (1970), 433.
- EVANS, E. O., The future role of the general practitioner in the hospital. J. Roy. Coll. Gen. Practit., 21 (1971), 187.
- FABER, H., De pastor in het moderne ziekenhuis. v. Gorcum, Assen 1968.
- FABER, H., De pastorale zorg en de betekenis daarvan voor arts en verpleegster. Uit: Arts en Verpleegkundige in het ziekenhuis; Jongsma M. W. (red.) Verslag van een Boerhaavecursus, Universitaire Pers, Leiden 1970.

- FILIPPINI, W TH F , Is er plaats voor de huisarts in het ziekenhuis? Ons Ziekenhuis 29 (1967), 398 en 447
- FRY, J , Profiles of disease E en S Livingstone Ltd, Edinburgh and London 1966
- FRY, J , Twenty-one years of general practice - changing patterns J Roy Coll Gen Practit , 22 (1971), 521
- GADOEREK, L , Sociologische onderzoekstechnieken v Loghem-Slaterus, Arnhem 1969
- G O Z Dokumentatie, 19 (1972), 5
- G O Z Dokumentatie, 19 (1972), 57
- GROEN, J J , De grote visite Ned T Geneesk 116 (1972), 1121
- GROOT, P A DE, Medezeggenschap in het ziekenhuis, toepasbaarheid en toepassing Uit Ziekenhuisorganisatie, Verslagen der Symposia 1970 Universitaire Leergang Groningen 1970, 53
- HAAN, M C DE, Huisarts en Ziekenhuis Cursus Ziekenhuis beleid 1965/1966 (scriptie)
- HATTINGA VERSCHURE, J C M , Patient - Ziekenhuis, Gezondheidszorg op weg naar 2000 Agon Elsevier, Amsterdam, Brussel 1971
- HATTINGA VERSCHURE, J C M , Veranderende Gezondheidszorg Het ziekenhuis 2, (1972), 261
- HATTINGA VERSCHURE, J C M , Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg Het ziekenhuis 2 (1972), 500
- HATTINGA VERSCHURE, J C M , De patient en het ziekenhuis Uit verslagen en voordrachten en discussies studiedagen 1966-1967, georganiseerd door de Stichting Amsterdamse ziekenhuizen, Cloeck en Moedigh N V , Amsterdam 1967, 5
- HODGKIN, K , Towards earlier diagnosis E & S Livingstone Ltd , Edinburgh and London 1966
- HOEFNAGELS, K L J , Een belangrijk rapport van de Commissie Ziekenhuisbouw te Tilburg Med Contact 27 (1972), 41
- HUYGEN, F J A , Gezin en Gezondheid Inaugurale rede Nijmegen 1968
- HUYGEN, F J A , Maligne hypertensie en de medische opleiding Ned T Geneesk 116 (1972), 1657
- HUYGEN, F J A , Huisarts in Europees perspectief Huisarts en Wetenschap 13 (1970), 337
- ILLINGWORTH, D G , The general practitioner and the hospital J Roy Coll Gen Practit , 22 (1972), 227
- JACOBS, J , Planning en Ethiek Med Contact 27 (1972), 1109
- JANIS, I L , Psychological stress, Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients John Wiley and Sons, New York 1958
- JESSEN, J L , Wat vindt men van het ziekenhuis Uit Ziekenhuisorganisatie Verslagen der Symposia 1970, Universitaire Leergang Groningen 1970, 115
- JONES, F A , The interdependence of hospital general practice and community care Med Care 3 (1965), 179
- JONG, L P DE, Aspecten van de medezeggenschap in het ziekenhuis Med contact 27, (1972), 499
- KEABLE-ELLIOTT, R A , J TUDOR, EN J T W WILLIAMS, The general practitioner as medical registrar The Lancet II (1964), 1005
- KUBLER-ROSS, E , On death and dying In vertaling Lessen voor levenden Ambo-boeken Bilthoven 1969
- JANSEN, L CH O , A W M TEULINGS, EN W G VERHOEVEN, Groei en ontwikkeling van ziekenorganisatie In Mensen en het ziekenhuis Nieuwe vormen van leiding geven en kommunikatie, Wolters Noordhoff Groningen, 1971 138
- LAMMERS, C J , EN E TH CASSEE, Sociologische benadering van het ziekenhuis Uit Mensen in het ziekenhuis Nieuwe vormen van leiding geven en kommunikatie Wolters Noordhoff, Groningen 1971, 1

- LAMMERS, C. J., Het ziekenhuis als Kastemaatschappij. *Sociologische Gids* 14 (1967), 67.
- LEENEN, H. J. J., Voorontwerp Wet Gezondheidsvoorzieningen, een commentaar *Huisarts en Wetenschap* 15 (1972), 91.
- LEENEN, H. J. J., De verhouding intra- extramurale gezondheidszorg. *Med. Contact* 27 (1972), 1119.
- LEENEN, H. J. J., Planning en continuïteit van de gezondheidszorg. *Med. Contact* 27 (1972), 3.
- LEENT, J. A. A. VAN, Er waren eens een dokter, een professor en een pastor. *Meta-medica* 49 (1970), 208.
- LEIBBRANDT, J. G., Gezondheidszorg en ziekenhuizen. *De ziekenfondsgids* 26 (1972), 126.
- LEIGH, H. E., G. F. WIELAND EN J. A. D. ANDERSON, The Hospital internal communication Project. *The Lancet*, I (1971), 1005.
- LIDTH DE JEUDE, A. H. VAN, De Huisarts in de maalstroom der emoties. *Stenfert Kroese N.V.*, Leiden 1971.
- LIGHTWOOD, REGINALD, Co-operation between the General Practitioner and the Hospital. *Medical World* 98 (1963), 61.
- LOUDON, I. S. L., The contribution of General Practitioners Hospitals. *J. Roy. Coll. Gen. Practit.*, 22 (1972), 220.
- LOON, P. C. J. VAN, Consequente patiëntgerichtheid realiseren. *Kath. Gezondheidszorg* 41 (1971), 46.
- LUCENTE, F. E., EN S. FLECK, A study of hospitalisation anxiety in 408 medical and surgical Patients. *Psychosomatic Medicine* 34 (1972), 304.
- MANN, K., The family Physician and the General Hospital. *World Hospital* 7 (1971), 137.
- MANSVELT, J. VAN, Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland. *Medisch Contact* 26 (1971), 239.
- MANSVELT, J. VAN, Regionalisatie van de intramurale gezondheidszorg. *Medisch contact* 27 (1972), 503.
- MEDIATRIX, ZR., Enige aspecten van de samenwerking tussen functionarissen in het ziekenhuis en de sociale gezondheidszorg. *Scriptie Kath. Hogere School voor verplegenden*. Nijmegen 1962.
- MELKER, R. A. DE, Communicatieproblemen in de relatie arts-patiënt. *Uit: Fundamentele communicatieproblemen. Annalen van het Thijmgenootschap* 60 (1972), 37.
- MELKER, R. A. DE, De Huisarts en de Ziekenhuispatiënt. *Huisarts en Wetenschap* 14 (1971), 418.
- MELKER, R. A. DE, EN J. GIELING, Een college Huisartsgeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 15 (1972), 122.
- MENZIES, E. P., A case study in the functioning of social systems as a defense against anxiety. *Human relations* 13 (1960), 95.
- MERTENS, A., Verpleging thuis en in het ziekenhuis, *Med. Contact* 19 (1964), 283.
- MERTENS, A., Plaats en functie van het ziekenhuis in de gezondheidszorg. *Ons Ziekenhuis* 20 (1958), 307.
- MERTENS, A., Samenwerking thuisfront en ziekenhuis. *Kath. Gezondheidszorg* 33 (1964), 240.
- MEYERS, F. M., Over de relatie ziekenhuisgeneeskunde - huisartsgeneeskunde. *Medisch Contact* 19 (1964), 349.
- MEYERS, MARY, E., The effect of types of communication on patients reactions to stress. *Uit: Skipper J. K., R. C. Leonard, Social interaction and patient care*, J. B. Lippincott, Philadelphia 1965, 92.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieu hygiëne, Voorpublicaties van het overzicht van de gegevens van de ziekenhuizen in Nederland over 1970. *Verslagen en rapporten 1972 no. 3. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; verzorgd door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid in*

- samenwerking met het Nationaal Ziekenhuis Instituut, de Nationale Ziekenhuisraad en het Centraal Bureau voor de Statistiek Staatsuitgeverij 1972
- MUNTENDAM, P, Het ontwerp van Wet ziekenhuisbouw, of een gebouwd ziekenhuisbed een bezet ziekenhuisbed Uit Planning en Ordening Verslagen van voordrachten en discussies studiedagen, georganiseerd door de Stichting Studiecentrum Ziekenhuiswetenschappen 1969, Cloeck en Moedigh, Amsterdam
- Nationaal Ziekenhuis Instituut, Financiële statistiek 1971 ziekenhuizen, 1972
- NUYENS, Y, Naar een humanisering van het ziekenhuis Het Ziekenhuis 8 (1971), 367
- ODDIE, J A, General Practitioners and hospital staffing The Lancet, II (1963), 1219
- OLIEMANS, A P, Morbiditeit in de Huisartsenpraktijk H E Steffert Kroese, N V. Leiden 1969
- PHAFF, J M L, Het gesloten circuit Het Ziekenhuis, I (1971), 70
- PLOOY, M, Het Ziekenhuis, medisch centrum voor opgenomen en lopende patienten Med Contact 21 (1966), 31
- POSLAVSKY, A, Mondigheid, onmondigheid in medische situaties Metamedica 49 (1970), 218
- PRIDE, L F, An adrenal index as a criterion measure for nursing Nursing Research 17 (1968), 292
- QUERIDO, A, De plaats van het ziekenhuis in de gemeenschap Het Ziekenhuiswezen 40 (1967), 447
- QUERIDO, A, Prognose en Katamnese Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 37 (1959), 69
- QUERIDO, A, De mondigheid van de patient Metamedica 49 (1970), 205
- QUERIDO, A, Godshuizen en Gasthuizen Wetenschappelijke Uitgeverij N V, Amsterdam 1967
- Rapport van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland De nazorg voor ontslagen ziekenhuispatienten in Noord-Holland Haarlem 1972
- Rapport Woudschoten conferentie, Huisarts en Wetenschap 9 (1966), 372
- RAUPP, J L M, Over Werkwijzen van huisartsen Diss Nijmegen, 1971
- Redactioneel, Meer lijn in eerste lijn Huisarts en Wetenschap 15 (1972), 81
- Report on communications and relationships between general practitioners and hospital medical staff King Edwards Hospital Fund, London 1964
- REVANS, J, Integration of the General Practitioner with the Hospitals Medical Care 2 (1964), 41
- REVANS, R W, Standards for morale Cause and effects in Hospitals Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1964
- ROMME, M A J, Het medisch maatschappelijk werk in het academisch ziekenhuis Metamedica 51 (1972), 181
- RUHE, H A M, Ziekenhuizen, specialisten, huisartsen Kath Artsenblad 43 (1964), 164
- RUHE, H A M, Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954 Van Gorcum en Comp N V, Assen 1957
- RUTTEN, J T TH, Wat de mensen van het ziekenhuis zeggen Ons Ziekenhuis 24 (1962), 50
- SCHELLEKENS-LIGTHART, A J, Zo maar een aantal ziekenhuiservaringen en enkele vragen naar aanleiding daarvan Het ziekenhuiswezen 42 (1969), 399
- SCHRAS, A, Noodzaak van continuïteit dringt door bij de inrichtingen. Uit Continuïteit van de verpleegkundige zorg^a Verslag van een conferentie op 2-3 april 1971, Kerk en Wereld, Driebergen 11 (1971), 14
- SCHREUDER, J TH R, De organisatie van de bejaardenzorg Med Contact 27 (1972), 199
- SCHREUDER, J TH R, De geriatische patient Ned T Geneesk 110 (1966), 1825
- SCHREUDER, J TH R, De invloed van het ziekenhuis op de patient Uit Mens en

- Milieu, 19e Nijmeegse symposium voor medische studenten, Thoben offset, Nijmegen 1971, 175.
- SCHREURS, M. E. M., Continuïteit, een belangrijk element in de Maatschappelijke Gezondheidszorg. Uit: Continuïteit van de Verpleegkundige Zorg,² Verslag van een conferentie op 2-3 april 1971, Kerk en Wereld, Driebergen 11 (1971), 23.
- SCHUIT, A. C. M., Mens-zijn in het ziekenhuis. Scriptie in het kader van de opleiding aan de Hogere school voor verplegenden. Cursus 1969-1971.
- SEEMAN, N. en J. W. EVANS, Stratification and hospital care I, II American Sociological review 26 (1961), 67 resp. 193
- Service Management, Het ambulatorium en de Hotellerie Service Management 1 (1972), 6.
- SKIPPER, J. K., EN R. C. LEONARD, The importance of communication Uit: Social Interaction and patient care. J. B. Lippincott, Philadelphia 1965, 51.
- SKIPPER, J. K., Communicatie and the hospitalised patient. Uit: Skipper J. K., R. C. Leonard, Social interaction and patient care J. B. Lippincott Philadelphia 1965, 61.
- SMITH, A., The General Practitioner, the hospital and community services J. Roy. Coll. Gen. Practit 20 (1970) suppl 1, 12.
- Statistical Yearbook of the Netherlands, Den Haag, Staatsuitgeverij 1971.
- Stichting Nationale Ziekenhuusraad, Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen, Informatie rond het thema continuïteit van de zorg, 1972
- STOLTE, J. B., Gezondheidszorg en Ziekenhuiswezen in de branding. Ziekenfondsvragen 18 (1967), 97
- STOLTE, J. B., Taak en functie van de arts in het ziekenhuis. Ons Ziekenhuis 23 (1961), 267
- STOLTE, J. B., Samenwerking van de specialist met de huisarts. Kath. Artsenblad 36 (1957), 160
- STOLTE, J. B., Ziekenhuis, huisarts, specialist Ons Ziekenhuis 20, (1958), 378.
- STUYT, L. B. J., Versterking van het 1e echelon Uit: de Memorie van toelichting op de begroting 1973 van het departement van volksgezondheid en milieuhygiene Med. Contact 27 (1972), 1179
- STUYT, L. B. J., Haarlem is nu officieel zijn nieuwe St. Elisabeth of Groot Gasthuis rijk Med. Contact 27 (1971), 1317
- STUYT, L. B. J., Accent op de eerste-lijns geneeskunde Med. Contact. 27 (1972), 1024.
- STUYT, L. B. J., Pleidooi voor vernieuwing van Gezondheidszorg Het Ziekenhuis. 2 (1972), 7.
- TELLEGEN, E., Medische Sociologie Samson N V, Alphen a/d Rijn 1970.
- THIADENS, A. J. H., Patientraden en adviesraden. Kath. Artsenblad 48 (1969), 130.
- THIADENS, A. J. H., Konsekwenties van de technische geneeskunde nu en in de toekomst. Metamedica 50 (1971), 258.^a
- THIADENS, A. J. H., Het ziekenhuis als gemeenschapsfunctie, menselijk modern. De Ziekenfondsgids 25 (1971), 162.^b
- THUNG, P., De mens als patient Het ziekenhuis 2 (1972), 30.
- TIENEN, F. J. VAN, EN G. C. A. VERGOUWEN, Pastor in een modern ziekenhuis. Het ziekenhuis 2, (1972), 95.
- TORRANCE, N., J. A. R. LAWSON, B. HOGG, EN J. D. E. KNOX, Acute admissions to medical beds J. Roy. Coll. Gen. Practit, 22 (1972), 211.
- TROMMEL, M. J. VAN, De huisarts op slag van twaalfen, Openbare Les Rotterdam 1970.
- TROMMEL, M. J. VAN, Bezinning nopens de huisarts in de nabije toekomst. Med. Contact 26 (1971), 561
- TRYON, P. A., EN R. C. LEONARD, A clinical test of patient centered nursing. J. Hlth and Human Behavior, 7 (1966), 183.
- UUSKALLIO, I., Measuring patients attitudes World Hospital, VI (1970), 197
- VELDEN, H. G. M. VAN DER, Huisvrouw, huisarts, huisgezin. Diss Nijmegen, 1971.
- VERSTEEGH, R. M., Rede van L.S.V. voorzitter dr. R. M. Versteegh ter inleiding

van de ledenvergadering d d 21 okt. 1972. Med. Contact 27 (1972), 1139
WELTEN, J. B., Bejaarden in ziekenhuizen Diss. Nijmegen 1968.
WINKLER PRINS, J , Huisarts en patient. J A Boom en zoon, Meppel 1966.
WITTEBOL, P., Het denken van de heelmeeester. Inaugurale rede 1971.
ZWINKELS, J. M , De mening van de patiënt over het ziekenhuis Het ziekenhuis-
wezen. 42 (1969), 287

CODERING NAAR URBANISATIEGRAAD (CBS, 1964)

Code eigen onderzoek	Code C B S	Omschrijving urbanisatiegraad (C B S)
1	A ₁ t/m A ₄	Plattelandsbevolking met overwegend agrarische mannelijke beroepsbevolking
2	B ₁ en B ^a	Verstedelykte plattelandsgemeente met minder dan 20% agrarische beroepsbevolking en grootste woonkern met minder dan 30 000 inwoners
3	B ₃	Specifieke forenzengemeente
4	C ₁	Stedelijke gemeenten, plattelandstadjes met 2000-10 000 inwoners
5	C ^a	Kleine steden met een kern van 10 000-30 000 inwoners
6	C ₃ en C ₄	Steden met een kern van 30 000-100 000 inwoners
7	C ₅	Steden met een kern groter dan 100 000 inwoners

PATIENTENENQUETE

[illegible]

n = 361 (opgave in percentage van het totaal)

1. Naam patient

patientnummer

2. Geslacht	Man	45,7
	Vrouw	54,3
		<u>100,0%</u>

3. Adres - - - Urbanisatiegraad	1.	15,8
	2.	13,3
	3.	3,0
	4.	3,3
	5.	12,7
	6.	0,6
	7.	51,0
	<u>Onbekend</u>	<u>0,3</u>
		100,0

4. Ziekenhuis	A	<div></div>	37,4
	B	<div></div>	38,0
	C	<div></div>	13,0
	D	<div></div>	11,6
			<hr/> 100,0%

5. Afdeling

6. Diagnose	Diagnosenummer			
-------------	----------------	--	--	--

7. Klasse	10,8	{	interne specialismen	35,5
Zaal	89,2		chirurgische specialismen	33,2
8. Aard van het specialisme		{	gynaecologie-obstetrie	10,2
			psychiatrie-neurologie	18,6
			"overige" specialismen	2,5
				100,0

9. Naam behandelend specialist Nummer specialist

--	--	--

10. Naam zaalassistent

11. Datum opname

12. Datum interview

Opnameduur	{	7 t/m 14 dagen	40,7
		15 t/m 21 dagen	15,8
		22 t/m 28 dagen	11,3
		29 t/m 42 dagen	13,6
		meer dan 42 dagen	18,6
			100,0

PATIENTENENQUETE

Gegevens in te vullen door patient

13. In welk jaar bent U geboren ? LEEFTIJD

14 t/m 25 jaar	14,4%
26 t/m 35 jaar	12,2
36 t/m 45 jaar	12,7
46 t/m 65 jaar	39,4
Ouder dan 65 jaar	21,3

100,0%

14. Beroep (voor gehuwde vrouw en kinderen: beroep echtgenoot/vader).

<u>Hoog</u>	1. grote zelfstandigen	1,7%	5,8
	2. hoger, leidinggevend	1,1%	
	3. academici	3,0%	
<u>Midden</u>	4. onderwijzers (ULO-niveau en lager)	2,5	33,8
	5. middelbaar personeel	16,1	
	6. zelfstandige agrariërs	3,0	
	7. zelfstandige ambachtslieden	12,2	
<u>Lager geschoold</u>	8. geschoold administratief	5,0	38,8
	9. agrarisch geschoold	1,1	
	10. industrieel "	20,5	
	11. overige geschoolde werknemers	12,2	
<u>Lager ongeschoold</u>	12. administratie ongeschoold	3,3	18,0
	13. agrarisch ongeschoold	2,5	
	14. industrieel "	9,7	
	15. overige ongeschoolde werknemers	2,5	
	16. Onbekend	0,8	3,6
	17. nog geen beroep	2,8	

100,0%.

15. Onderwijs, c.q. genoten opleiding (voor gehuwde vrouw idem echtgenoot).

1. L.O.	42,7
2. VGLO-LAVO	3,3
3. L.B.O.	24,9
4. ULO-MAYO	7,5
5. M.B.O.	8,6
6. V.H.M.O.	3,6
7. H.B.O.	5,8
8. W.O.	2,8
9. Onbekend	0,8

100,0%

16. Naam huisarts

Nummer

--	--	--

17. Hoe vaak bent U in een ziekenhuis opgenomen geweest ?

1x	20,5
2x	23,3
3x	20,5
4x	12,2
5x	9,1
6x	6,1
7x	1,9
8x of meer	6,1
onbekend	0,3
<hr/>	
100,0%	

18. Hoe vaak heeft Uw huisarts U gedurende deze periode bezocht ?

0x	68,7
1x	19,1
2x	7,5
3x	1,4
4x	1,1
5x	1,1
6x	0,3
7x	0,0
8x of meer	0,8
onbekend	0,0
<hr/>	
100,0%	

19. Indien Uw huisarts U nog niet heeft opgezocht
gedurende deze opname, verwacht U dan dat Uw huisarts

U nog komt opzoeken ?	Ja	<input type="checkbox"/>	14,1
	Nee	<input type="checkbox"/>	38,0
	Ik weet het niet	<input type="checkbox"/>	19,4
	Niet ingevuld		28,5
			<hr/>
			100,0%

20. Wat mankeert U eigenlijk ?

1. enig inzicht	64,3
2. weinig inzicht	20,5
3. geen inzicht	15,2
<hr/>	
100,0%	

21. Weet U wat voor onderzoek resp. behandeling zal geschieden ?

1. enig inzicht	27,7
2. weinig inzicht	30,2
3. geen inzicht	41,3
4. onbekend	0,8
<hr/>	
100,0%	

22. Bij welke specialist bent U opgenomen ?

1. Weet naam specialist	50,6
2. Weet naam specialist niet	5,0
3. Noemt andere naam	4,2
4. Onbekend	0,2
	<hr/>
	100,0%

23. Door wie wordt U behandeld ?

1. Noemt naam specialist	61,5
2. Noemt naam zaalarts	15,5
3. Weet naam niet	18,6
4. Noemt verkeerde naam	3,8
5. Onbekend	0,6
	<hr/>
	100,0%

24a. Verwacht U dat U helemaal zult herstellen ?

Ja	<input type="checkbox"/>	69,0
Nee	<input type="checkbox"/>	11,6
Ik weet niet	<input type="checkbox"/>	19,1
Onbekend	<input type="checkbox"/>	0,3
		<hr/>
		100,0%

b. Denkt U dat het nog lang zal duren voor U genezen bent ?

Ja	<input type="checkbox"/>	20,2
Nee	<input type="checkbox"/>	51,5
Ik weet niet	<input type="checkbox"/>	26,9
Onbekend	<input type="checkbox"/>	1,4
		<hr/>
		100,0%

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	On be kend
25. Ik vind dat mijn huisarts ook veel belangstelling voor mij moet hebben als ik in het ziekenhuis lig.	65,4	18,0	3,0	4,7	8,3	0,6
26. Ik vind dat mijn huisarts mij moet helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen (bv. operaties) als ik in het ziekenhuis lig.	54,5	11,1	5,8	6,1	21,9	0,6
27. Mijn huisarts helpt mij inderdaad bij het nemen van belangrijke beslissingen (bv. operaties) als ik in het ziekenhuis lig.	36,3	7,5	25,8	2,2	27,4	0,8
28. Mijn huisarts moet mij iets uitleggen over mijn ziekte als hij bij mij in het ziekenhuis komt.	57,4	13,0	4,7	4,4	19,9	0,6
29. Mijn huisarts geeft mij inderdaad uitleg over mijn ziekte als ik in het ziekenhuis lig.	29,7	5,8	27,4	3,6	32,7	0,8
30. Als mijn huisarts bij mij in het ziekenhuis komt moet hij de tijd nemen voor zijn bezoek.	66,2	16,9	6,1	3,9	6,4	0,6
31. De specialist moet met mijn huisarts overleggen over het geschiktste tijdstip voor mijn ontslag uit het ziekenhuis, omdat mijn huisarts de gezinssituatie kent.	54,8	11,6	9,4	4,7	19,1	0,3

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	On- be- antw.
32. Als mijn huisarts bij mij in het ziekenhuis komt vertel ik mijn problemen en zorgen veel gemakkelijker aan hem dan aan de specialist.	29,6	11,4	7,5	7,8	42,7	1,1
33. Als mijn huisarts bij mij in het ziekenhuis komt vertel ik hem gemakkelijker mijn lichamelijke klachten dan aan de specialist.	14,1	11,4	7,2	9,7	56,8	0,8
34. In het algemeen weten patiënten veel te weinig over hun ziekten.	57,6	11,4	7,5	5,0	16,6	1,9
35. Als ik in het ziekenhuis ben opgenomen is mijn huisarts niet meer zo belangrijk voor mij.	28,0	17,2	7,2	15,5	31,0	1,1
36. Andere functionarissen (bv. verpleegster, pastor maatschappelijk werker) kunnen mij net zo goed helpen bij het verwerken van mijn problemen als ik in het ziekenhuis lig als mijn huisarts.	37,4	17,2	13,0	9,4	22,2	0,8
37. De specialist vertelt mij alles over mijn ziekte.	42,4	17,5	6,9	11,6	19,9	1,7
38. Mijn huisarts kan zelf zeer veel leren van het bezoek aan mij als ik in het ziekenhuis lig.	29,9	11,1	35,7	3,0	18,8	1,4
39. Het inlichten van mij over mijn ziekte is geheel de taak van de specialist als ik in het ziekenhuis lig.	72,3	14,4	5,8	3,6	2,5	1,4
40. Mijn huisarts moet mij in het ziekenhuis bezoeken opdat hij in staat is mijn gezin van mijn toestand op de hoogte te houden.	42,1	12,2	8,3	5,5	30,2	1,7

41. Hieronder staan een aantal personen vermeld die U tijdens Uw opname in het ziekenhuis kunnen komen bezoeken.

Wie ziet U het liefst aan Uw ziekbed, in volgorde van voorkeur ?

	Volgorde van voorkeur	1	2	3	4	5	6	7	8*	onbekend
mijn pastor	<input type="checkbox"/>	1,7	11,1	11,1	16,3	7,2	5,0	4,7	41,3	1,7
een maatschappelijk werkster	<input type="checkbox"/>	0,6	2,5	5,5	8,3	6,9	6,4	6,9	61,2	1,7
de wijkverpleegster	<input type="checkbox"/>	0,0	0,3	3,0	9,1	8,9	5,5	6,6	64,8	1,7
de ziekenhuispastor	<input type="checkbox"/>	0,8	1,7	2,8	8,0	14,7	8,9	7,2	54,6	1,4
mijn huisarts	<input type="checkbox"/>	1,4	20,8	39,3	12,5	4,2	2,5	1,1	16,9	1,4
een familielid	<input type="checkbox"/>	88,1	6,4	1,7	0,0	0,0	0,3	0,3	1,9	1,4
een goede vriend	<input type="checkbox"/>	4,4	52,1	22,4	6,4	3,6	1,4	0,8	7,5	1,4

*Volgorde niet te bepalen.

Als U dit ingevuld heeft wilt U dan ook opgeven voor elk afzonderlijk hoe belangrijk U zijn/haar bezoek vindt. Dit kunt U doen door op onderstaande schaaltes aan te geven d.m.v. een kruisje wat naar Uw mening het belang is van dat bezoek van genoemde personen aan U in het ziekenhuis.

1. mijn <u>pastor</u>	van groot belang	22,7/	6,9/13,6/	6,1/36,3/	van weinig belang	Onbekend 14,4
2. een <u>maatschappelijk werkster</u>	van groot belang	15,0/	5,8/ 6,9/	5,3/42,4/	van weinig belang	24,7
3. de <u>wijkverpleegster</u>	van groot belang	11,9/	5,3/ 6,1/	5,3/44,6/	van weinig belang	26,9
4. de <u>ziekenhuispastor</u>	van groot belang	11,9/	8,0/10,8/	9,1/36,8/	van weinig belang	23,3
5. mijn <u>huisarts</u>	van groot belang	44,6/19,7/16,9/	1,9/10,5/	van weinig belang	6,4	
6. een <u>familielid</u>	van groot belang	91,7/	3,9/ 1,1/	0,0/ 0,8/	van weinig belang	2,5
7. een <u>goede vriend</u>	van groot belang	72,0/12,7/	6,4/ 1,1/	3,3/	van weinig belang	4,4

42. Waarom vindt U het bezoek van Uw huisarts vooral van belang ?

Respectievelijk niet van belang ?

P1. Belang van het bezoek van de huisarts (vraag 41 2e deel) naar geslacht.

Geslacht	Belang v/h bezoek			
	1+2	3	4+5	n
man	94(27,8)	37(11,0)	25(7,4)	156(46,2%)
vrouw	138(40,8)	24(7,1)	20(5,9)	182(53,8%)
n =	232(68,6)	61(18,1)	45(13,3)	338(100,0%)

$\chi^2 = 9,66$ $df = 2$ $P < 1\%$

P2. Verwachting van het bezoek van de huisarts (vraag 19) naar geslacht.

Geslacht	Verwachting v/h bezoek			n =
	ja	neen	weet niet	
man	18(7,0)	76(29,5)	26(10,1)	120(46,6%)
vrouw	33(12,8)	61(23,6)	44(17,0)	138(53,4%)
n =	51(19,8)	137(53,1)	70(27,1)	258(100,0%)

$\chi^2 = 9,47$ $df = 2$ $P < 1\%$

P3. Verwachting van het bezoek van de huisarts en het belang van het bezoek van de huisarts.

Verwachting bezoek	Score belang v/h bezoek			n =
	1+2	3	4+5	
ja	38(16,5)	5(2,2)	1(0,4)	44(19,1%)
neen	73(31,7)	24(10,4)	27(11,8)	124(53,9%)
weet niet	43(18,7)	11(4,8)	8(3,5)	62(27,0%)
n =	154(66,9)	40(17,4)	36(15,7)	230(100,0%)

$\chi^2 = 43,24$ $df = 4$ $P < 2\frac{1}{2}\%$

P4. Belang van het bezoek van de pastor (vraag 41 2e deel) naar geslacht.

geslacht	Score belang v/h bezoek					n =
	1	2	3	4	5	
man	24(7,8)	8(2,6)	23(7,4)	12(3,9)	74(24,0)	141(45,7%)
vrouw	58(18,8)	17(5,5)	26(8,4)	10(3,2)	57(18,4)	168(54,3%)
n =	82(26,6)	25(8,1)	49(15,8)	22(7,1)	131(42,4)	309(100,0%)

$\chi^2 = 17,69$ $df = 4$ $P < \frac{1}{2}\%$

P5. Statement 31 naar geslacht ('de specialist moet met mijn huisarts overleggen over het geschikte tijdstip van mijn ontslag uit het ziekenhuis, omdat mijn huisarts de gezinssituatie kent').

Geslacht	Score statement				
	1	2	3	4	5
man	103(28,6)	12(3,3)	15(4,2)	4(1,1)	30(8,3)
vrouw	95(26,4)	30(8,3)	19(5,3)	13(3,6)	39(10,8)
n =	198(55,0)	42(11,6)	34(9,5)	17(4,7)	69(19,1)
$\chi^2 = 11,70$ df = 4 $P < 2\frac{1}{2}\%$					

P6. Statement 32 naar geslacht ('als mijn huisarts bij mij in het ziekenhuis komt vertel ik mijn problemen en zorgen veel gemakkelijker aan hem dan aan de specialist').

Geslacht	Score statement				
	1	2	3	4	5
man	42(11,8)	25(7,0)	8(2,2)	10(2,8)	77(21,6)
vrouw	65(18,2)	16(4,5)	19(5,3)	18(5,0)	77(21,6)
n =	107(30,0)	41(11,5)	27(7,5)	28(7,8)	154(43,2)
$\chi^2 = 10,73$ df = 4 $P < 5\%$					

P7. Belang van het bezoek van de huisarts naar opleidingsniveau.

Opleidings-niveau	Score v/h belang v/h bezoek			n =
	1 + 2	3	4 + 5	
LO-VGLO Lavo-LBO	167(49,8)	37(11,0)	34(10,2)	238(71,0%)
ULO-MAVO MBO	40(11,9)	7(2,1)	7(2,1)	54(16,1%)
VHMO HBO WO	23(6,9)	16(4,8)	4(1,2)	43(12,9%)
n =	230(68,6)	60(17,9)	45(13,5)	335(100,0%)
$\chi^2 = 12,86$ df = 4 $P < 2\frac{1}{2}\%$				

P8. Belang van het bezoek van de huisarts naar het aantal opnames.

Aantal opnames	Score v/h belang v/h bezoek			n =
	1 + 2	3	4 + 5	
1 maal	42(12,5)	21(6,2)	9(2,7)	72(21,4%)
2 t/m 4 maal	130(38,6)	25(7,4)	30(8,9)	185(54,9%)
5 of meer maal	60(17,7)	14(4,2)	6(1,8)	80(23,7%)
n =	232(68,8)	60(17,8)	45(13,4)	337(100,0%)
$\chi^2 = 11,91$ df = 4 $P < 2\frac{1}{2}\%$				

P9. Inzicht van de ziekenhuispatiënten per specialisme.

Specialisme	Score v/h inzicht					n=
	2	3	4	5	6	
'chirurgische' specialisme	44(12,3)	35(9,8)	40(11,2)	28(7,8)	7(1,9)	154(43,0%)
interne en overige specialismen	38(10,6)	31(8,7)	31(8,7)	18(5,0)	19(5,3)	137(38,3%)
psychiatrie						
neurologie	7(1,9)	14(3,9)	22(6,1)	13(3,6)	11(3,1)	67(18,6%)
n =	89(24,8)	80(22,4)	93(26,0)	59(16,4)	37(10,3)	358(99,9%)
$\chi^2 = 19,39$ $df = 8$ $P < 2\frac{1}{2}\%$						

P10. Inzicht van de ziekenhuispatiënten per leeftijdscategorie.

Leeftijdscategorie	Score v/h inzicht					n=
	2	3	4	5	6	
14 t/m 35 jr.	29(8,1)	21(5,9)	29(8,1)	11(3,1)	5(1,4)	95(26,6%)
36 t/m 65 jr.	45(12,6)	45(12,6)	47(13,1)	35(9,8)	14(3,9)	186(52,0%)
66 jr. en ouder	15(4,2)	14(3,9)	17(4,7)	13(3,6)	18(5,0)	77(21,4%)
n =	89(24,9)	80(22,4)	93(25,9)	59(16,5)	37(10,3)	358(100,0%)
$\chi^2 = 22,75$ $df = 8$ $P < \frac{1}{2}\%$						

P11. Inzicht van de ziekenhuispatiënten naar opleidingsniveau.

Opleidingsniveau	Score v/h inzicht			n=
	2	3+4	5+6	
LO-VGLO				
Lavo-LBO	49(13,7)	122(34,2)	84(23,5)	255(71,4%)
MBO-Mulo				
Mavo	15(4,2)	34(9,5)	9(2,5)	58(16,2%)
VHMO HBO				
WO	23(6,4)	18(5,0)	3(0,8)	44(12,2%)
n =	87(24,3)	174(48,7)	96(26,8)	357(99,8%)
$\chi^2 = 31,50$ $df = 4$ $P < \frac{1}{2}\%$				

P12. Inzicht van de ziekenhuispatiënten voor 'klasse' resp. 'zaal'.

Klasse	Score v/h inzicht			n=
	2	3+4	5+6	
'Klasse'	19(5,3)	13(3,6)	7(1,9)	39(10,8)
'Zaal'	70(19,4)	163(45,1)	89(24,7)	322(89,2%)
n =	89(24,7)	176(48,7)	96(26,6)	361(100,0%)
$\chi^2 = 13,63$ $df = 2$ $P < \frac{1}{2}\%$				

Pr3. Statement 29 per ziekenhuis ('mijn huisarts geeft mij inderdaad uitleg over mijn ziekte als ik in het ziekenhuis lig').

Score statement	Ziekenhuis				
	A	B	C	D	n =
1+2	38(10,6)	54(15,1)	19(5,3)	17(4,8)	128(35,8%)
3	53(14,8)	33(9,2)	3(0,8)	10(2,8)	99(27,6%)
4+5	43(12,0)	49(13,7)	24(6,7)	15(4,2)	131(36,6%)
n =	134(37,4)	136(38,0)	46(12,8)	42(11,8)	358(100,0%)
$\chi^2 = 22,20$	df = 6	$P < \frac{1}{2}\%$			

Pr14. Statement 27 per ziekenhuis ('mijn huisarts helpt mij inderdaad bij het nemen van belangrijke beslissingen b.v. operaties als ik in het ziekenhuis lig').

Score statement	ziekenhuis				
	A	B	C	D	n =
1+2	40(11,2)	72(20,1)	23(6,4)	23(6,4)	158(44,1%)
3	50(14,0)	25(7,0)	12(3,3)	6(1,7)	93(26,0%)
4+5	43(12,0)	40(11,2)	11(3,1)	13(3,6)	107(29,9%)
n =	133(37,2)	137(38,3)	46(12,8)	42(11,7)	358(100,0%)
$\chi^2 = 22,71$	df = 6	$P < \frac{1}{2}\%$			

Pr15. Statement 35 per ziekenhuis. ('Als ik in het ziekenhuis ben opgenomen is mijn huisarts niet meer zo belangrijk voor mij').

Score statement	Ziekenhuis				
	A	B	C	D	n =
1+2*	70(21,2)	57(17,2)	12(3,6)	24(7,2)	163(49,2%)
4+5	55(16,6)	65(19,6)	31(9,4)	17(5,1)	168(50,7%)
n =	125(37,8)	122(36,8)	43(13,0)	41(12,3)	331(99,9%)
$\chi^2 = 11,84$	df = 3	$P < \frac{1}{2}\%$			

* Toetsing voor het verschil tussen score 1+2 resp. 4+5 en ziekenhuis.

Pr16. Verdeling naar urbanisatiegraad per ziekenhuis.

Urbanisatiegraad	Ziekenhuis				
	A	B	C	D	n =
1	0,0	22,1	23,4	38,1	57
2	3,7	19,1	8,5	31,0	48
3	1,5	6,6	0,0	0,0	11
4	0,7	7,4	2,1	0,0	12
5	0,0	1,5	66,0	30,9	46
6	0,7	0,7	0,0	0,0	2
7	93,4	42,6	0,0	0,0	184
n =	135 = 100%	136	47	42	360

Gegevens landelijke enquête in percentages van het totaal n = 326

Gegevens locale enquête in percentages van het totaal n = 180, tussen haakjes.

Naam _____

Nummer

Adres _____

Woonplaats _____ Urbanisatiegraad

1. 28,6 (26,1)
2. 15,0 (14,4)
3. 9,2 (1,1)
4. 1,2 (4,4)
5. 7,1 (12,3)
6. 15,3 (0,0)
7. 23,6 (41,7)

Leeftijd _____

Jaar van afstuderen _____	1966-1971	11,0 (13,3)
	1961-1965	13,8 (16,1)
	1956-1960	22,1 (21,1)
	1951-1955	22,4 (22,2)
	1946-1950	11,0 (10,6)
	1941-1945	5,8 (4,4)
	1936-1940	7,4 (6,1)
	vóór 1936	6,4 (5,6)
	Onbekend	0,0 (0,6)

Universiteit _____	Groningen	17,2
	V.U.	2,8
	G.U.	29,4
	Leiden	14,4
	Utrecht	25,8
	Rotterdam	3,4
	Nijmegen	4,6
	Onbekend	2,4

Het aangekruiste hokje geeft aan in welke hoedanigheid U wordt geënquêteerd:

huisarts ziekenhuis A	<input type="checkbox"/>	(n=180)
huisarts ziekenhuis B	<input type="checkbox"/>	
huisarts ziekenhuis C	<input type="checkbox"/>	
huisarts ziekenhuis D	<input type="checkbox"/>	
huisarts landelijke enquête	<input type="checkbox"/>	n=326

Wilt U d.m.v. een kruisje aangeven in het betreffende hokje wat voor U van toepassing is ?

1. Bent U lid van het N.H.C.[§] ? Ja ☐ 49,3 (57,7)
Nee ☐ 50,7 (42,3)

2. Hoe karakteriseert U Uw praktijkgebied ?

Stad ☐ 41,7 (48,9)
Platteland ☐ 36,5 (35,0)
Gemengd ☐ 21,5 (16,1)
Onbekend ☐ 0,3 (0,0)

3. Bent U apotheekhoudend arts ? Ja ☐ 35,9 (36,7)
Nee ☐ 63,8 (63,3)
Onbekend ☐ 0,3

4. Hoeveel jaren bent U als huisarts gevestigd ?

0 - 4 ☐ 16,0 (15,6)
5 - 9 ☐ 15,6 (19,4)
10 - 14 ☐ 20,9 (25,0)
15 - 19 ☐ 18,7 (17,2)
20 - 24 ☐ 11,3 (7,8)
25 - 29 ☐ 4,9 (3,9)
30 jaar ☐ 12,6 (11,1)
of langer ☐

5. Hoe groot is Uw particuliere praktijk ?

Minder dan 500 zielen ☐ 11,7 (22,2)
500 - 999 ☐ 40,2 (41,1)
1000 - 1499 ☐ 29,8 (21,7)
1500 - meer zielen ☐ 18,1 (13,3)
Onbekend ☐ 0,3 (1,7)

6. Hoe groot is Uw ziekenfondspraktijk ?

Minder dan 1000 zielen ☐ 5,5 (3,9)
1000 - 1499 ☐ 14,4 (7,8)
1500 - 1999 ☐ 22,4 (15,6)
2000 - 2499 ☐ 25,2 (25,6)
2500 - 2999 ☐ 16,0 (19,4)
3000 - 3499 ☐ 9,5 (16,7)
3500 - 3999 ☐ 4,3 (7,2)
Meer dan 4000 zielen ☐ 2,1 (2,8)
Onbekend ☐ 0,6 (1,1)

7. Hoe groot is Uw totale praktijk ?

Minder dan 1000 zielen ☐ 1,2 (2,8)
1000 - 1499 ☐ 2,8 (0,6)
1500 - 1999 ☐ 5,5 (5,6)
2000 - 2499 ☐ 18,1 (12,8)
2500 - 2999 ☐ 18,7 (19,4)
3000 - 3499 ☐ 19,0 (15,0)
3500 - 3999 ☐ 16,0 (17,8)
4000 - 4499 ☐ 8,8 (14,4)
Meer dan 4500 zielen ☐ 9,2 (10,6)
Onbekend ☐ 0,6 (1,1)

[§]Gecorrigeerde cijfers volgens recente ledenlijst (1971)

8. Over hoeveel algemene ziekenhuizen zijn Uw patienten als regel verdeeld ?

1	<input type="checkbox"/>	12,0 (7,2)
2 - 3	<input type="checkbox"/>	62,9 (62,2)
meer dan 3	<input type="checkbox"/>	24,8 (30,6)
onbekend	<input type="checkbox"/>	0,3 (0,0)

9. a Hoe groot is de gemiddelde afstand tot het dichtstbijzijnde algemene ziekenhuis, waar U als regel Uw patienten laat opnemen ?

minder dan 5 KM.	<input type="checkbox"/>	54,0 (51,7)
5 - 9 KM.	<input type="checkbox"/>	19,3 (18,9)
10 -19 KM.	<input type="checkbox"/>	20,9 (25,6)
20 KM. of meer	<input type="checkbox"/>	5,2 (3,3)
onbekend	<input type="checkbox"/>	0,6 (0,6)

b Hoe groot is de gemiddelde afstand tot het versterverwiderde algemene ziekenhuis, waar U als regel Uw patienten laat opnemen ?

minder dan 5 KM.	<input type="checkbox"/>	27,0 (22,2)
5 - 9 KM.	<input type="checkbox"/>	22,4 (17,8)
10 -19 KM.	<input type="checkbox"/>	24,2 (23,9)
20 KM. of meer	<input type="checkbox"/>	19,9 (33,3)
onbekend	<input type="checkbox"/>	6,5 (2,8)

10. a Hoeveel tijd heet U nodig om van Uw huis naar het dichtstbijzijnde algemene ziekenhuis te rijden ?

minder dan 10 minuten	<input type="checkbox"/>	55,8 (53,9)
10 - 19 minuten	<input type="checkbox"/>	30,4 (38,3)
20 - 29 minuten	<input type="checkbox"/>	10,1 (6,7)
30 minuten of meer	<input type="checkbox"/>	2,5 (1,1)
onbekend	<input type="checkbox"/>	1,2 (0,0)

b Hoeveel tijd hebt U nodig om van Uw huis naar het versterverwiderde algemene ziekenhuis te rijden ?

minder dan 10 minuten	<input type="checkbox"/>	19,0 (14,4)
10 - 19 minuten	<input type="checkbox"/>	32,2 (24,4)
20 - 29 minuten	<input type="checkbox"/>	24,5 (21,7)
30 minuten of meer	<input type="checkbox"/>	16,9 (36,1)
onbekend	<input type="checkbox"/>	7,4 (3,3)

11. Hoe vaak bezoekt U Uw ziekenhuispatienten in het algemeen ?

nooit	<input type="checkbox"/>	2,5 (3,3)
zeer incidenteel	<input type="checkbox"/>	28,8 (32,2)
± 1x per maand	<input type="checkbox"/>	16,9 (15,0)
± 2x per maand	<input type="checkbox"/>	16,3 (20,0)
± 3x per maand	<input type="checkbox"/>	8,0 (10,0)
± wekelijks	<input type="checkbox"/>	24,8 (18,9)
vaaker dan 1x per week	<input type="checkbox"/>	2,1 (0,6)
onbekend	<input type="checkbox"/>	0,6 (0,0)

Wilt U met een kruisje tussen de verticale lijntjes op onderstaande schaal aangeven wat Uw mening is ?

12. Vindt U zelf het bezoeken van ziekenhuispatienten door de huisarts van belang ?

Van groot belang	30,8/29,4/18,7/10,7/ 9,5/	van weinig belang	onbekend 0,9
	(27,2/27,8/23,9/10,6/10,6/)		(0,0)

13. Worden bezoeken van de huisarts naar Uw mening door ziekenhuispatienten in het algemeen op prijs gesteld ?

Zeer op prijs gesteld	73,4/20,2/ 5,2/ 0,6/ 0,3/	weinig op prijs gesteld	onbekend 0,3
	(67,8/23,3/ 6,7/ 1,1/ 0,0/)		(1,1)

14. a Als U Uw patienten in het ziekenhuis bezoekt, wat is dan voor U het belangrijkste motief om dit te doen ?

Verzoeke één motief op te geven.

1. gericht op het belang van de patient	85,6 (82,8)
2. andere motieven	9,8 (10,6)
3. niet ingevuld	4,6 (6,7)

- b Als U Uw patienten in het ziekenhuis niet bezoekt, wat is de belangrijkste reden, waarom U dit niet doet ?

Verzoeke één reden op te geven.

1. tijdgebrek	31,0 (32,2)
2. weerstand tegen het ziekenhuis	8,6 (10,0)
3. andere redenen	4,3 (7,2)
4. niet ingevuld	56,1 (50,6)

- a
15. Hoe vindt U in het algemeen de communicatie met de behandelend specialist over Uw ziekenhuispatienten ?

zeer goed	23,6/31,6/26,4/12,9/ 4,6/	zeer slecht	onbekend
	(18,3/30,6/28,3/16,7/ 4,4/)		0,9 (1,7)

- b Bezoekt U regelmatig de z.g. koffie-uurtjes in het ziekenhuis ?

regelmatig	<input type="checkbox"/>	16,3 (13,9)
niet regelmatig	<input type="checkbox"/>	21,8 (20,0)
nooit	<input type="checkbox"/>	60,7 (64,4)
onbekend	<input type="checkbox"/>	1,2 (1,7)

- c. Krijgt U wel eens tussentijds bericht tijdens opname over Uw ziekenhuispatienten ?

regelmatig	<input type="checkbox"/>	5,8 (2,8)
niet regelmatig	<input type="checkbox"/>	43,6 (40,0)
nooit	<input type="checkbox"/>	50,6 (56,1)
onbekend	<input type="checkbox"/>	0,0 (1,1)

16. Wat betreft de administratie van Uw opgenomen patiënten in de ziekenhuizen, waar U Uw patiënten als regel laat opnemen:

a. Krijgt U van het ziekenhuis bericht bij opname van Uw ziekenhuis-patient ?

altijd	<input type="checkbox"/>	90,8	(66,7)
meestal	<input type="checkbox"/>	7,7	(17,8)
soms	<input type="checkbox"/>	1,2	(7,2)
nooit	<input type="checkbox"/>	0,3	(7,8)
onbekend	<input type="checkbox"/>	0,0	(0,6)

b. Krijgt U van het ziekenhuis bericht bij ontslag van Uw ziekenhuis-patienten ?

altijd	<input type="checkbox"/>	86,8	(75,6)
meestal	<input type="checkbox"/>	9,5	(16,1)
soms	<input type="checkbox"/>	2,5	(3,3)
nooit	<input type="checkbox"/>	0,9	(4,4)
onbekend	<input type="checkbox"/>	0,3	(0,6)

c. Krijgt U van het ziekenhuis direct dezelfde dag bericht bij overlijden van Uw ziekenhuispatienten ?

altijd	<input type="checkbox"/>	28,8	(36,7)
meestal	<input type="checkbox"/>	46,3	(40,0)
soms	<input type="checkbox"/>	18,1	(15,0)
nooit	<input type="checkbox"/>	6,4	(7,8)
onbekend	<input type="checkbox"/>	0,3	(0,6)

d. Is er een apart kaartstelsel van opgenomen patiënten voor de bezoekende huisartsen in alle ziekenhuizen waar U als regel Uw patiënten laat opnemen ?

alle ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	50,0	(53,3)
sommige ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	16,9	(27,8)
geen enkel ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	21,2	(8,3)
onbekend	<input type="checkbox"/>	12,0	(10,6)

e. Wordt dit kaartstelsel als regel goed bijgehouden ?

zeer goed	35,6/21,8/ 7,7/ 2,1/ 0,3/	zeer slecht	onbekend
	(36,1/33,9/ 8,9/ 1,1/ 1,7/)		32,5 (18,3)

Onderstaande vragen alleen invullen indien U wel eens ziekenhuispatienten bezoekt.

17. In hoeverre houdt U bij het bezoeken van Uw ziekenhuispatienten rekening met één of meerdere van de volgende factoren ?

particulieren	zeer veel rekening	0,9/ 1,8/ 8,6/ 5,2/73,3/	zeer weinig rekening	Onbekend
		(0,0/ 2,8/12,2/ 5,0/70,6/)		10,2 (9,4)
volwassenen	zeer veel rekening	15,7/19,9/18,4/ 6,1/29,5/	zeer weinig rekening	10,4
		(25,6/22,2/15,6/ 7,2/19,4/)		(10,0)
bejaarden	zeer veel rekening	17,5/17,2/18,4/ 6,1/30,4/	zeer weinig rekening	10,4
		(18,3/23,9/19,4/7,2/20,0/)		(11,1)
patienten met een ernstige (levensbedreigende) ziekte	zeer veel rekening	60,7/18,1/ 4,0/ 1,5/ 7,7/	zeer weinig rekening	8,0
		(56,2/21,1/ 3,9/ 3,3/ 4,4/)		(11,1)
opnameduur	zeer veel rekening	24,6/19,6/17,5/ 8,3/20,2/	zeer weinig rekening	9,8
		(22,8/27,2/18,9/ 6,7/14,4/)		(10,0)
band met de patient	zeer veel rekening	30,1/22,4/16,6/ 6,4/15,3/	zeer weinig rekening	9,2
		(30,7/28,9/14,4/ 4,4/12,2/)		(9,4)

18. Bezoekt U Uw patienten als regel op een bepaald tijdstip ?

Ja	<input type="checkbox"/>	42,5 (44,4)
Nee	<input type="checkbox"/>	52,6 (46,7)
Onbekend	<input type="checkbox"/>	4,9 (8,9)

	Morgen	Middag	Avond
Maandag			
Dinsdag			
Woensdag		3,1(4,4)	
Donderdag		3,1(3,9)	
Vrijdag		2,8(1,1)	
Zaterdag	5,5(6,1)		

Andere vaste tijdstippen 8,4(8,9)

Aantal tijdstippen 19,6 (20,0)

19. Indien U Uw patienten regelmatig in het ziekenhuis bezoekt, bezoekt U Uw patienten dan als regel tijdens opname maar één keer ?

Ja	<input type="checkbox"/>	28,2 (38,3)
Nee	<input type="checkbox"/>	53,7 (41,7)
Onbekend	<input type="checkbox"/>	18,1 (20,0)

Wilt U bij de navolgende uitspraken d.m.v. een kruisje in een van de betreffende vakken aangeven of U het met deze uitspraak helemaal eens bent, gedeeltelijk mee eens, resp. geen mening hebt, gedeeltelijk mee oneens bent of helemaal mee oneens.

Het gaat bij deze uitspraken om Uw eigen mening t.a.v. Uw patiënten.

U gelieve een spontane reactie te geven, dus vlot invullen.

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	On- bekend
20. Verkeers- of parkeerproblemen zijn een sterke belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts.	16,0 (15,0)	13,5 (17,8)	2,5 (4,4)	5,8 (8,3)	62,3 (53,9)	0,0 (0,6)
21. De huisarts behoort veel belangstelling te tonen voor zijn patiënten in het ziekenhuis.	67,2 (57,8)	24,2 (26,1)	1,2 (7,8)	5,5 (6,7)	1,5 (1,1)	0,3 (0,6)
22. De huisarts kan zelf zeer veel leren van het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten.	18,1 (14,4)	29,4 (26,1)	10,7 (13,9)	18,7 (20,6)	22,7 (25,0)	0,3 (0,0)
23. Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten wordt de communicatie van de huisarts met de specialist sterk bevorderd.	19,9 (15,0)	30,7 (32,8)	6,7 (6,7)	18,7 (18,9)	23,6 (26,1)	0,3 (0,6)
24. Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten kan de huisarts ook een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten.	16,6 (15,6)	32,2 (25,6)	5,5 (3,3)	15,3 (21,1)	30,4 (34,4)	
25. De huisarts moet zijn ziekenhuispatiënten bezoeken omdat veel patiënten hun problemen en zorgen gemakkelijker aan de huisarts vertellen dan aan de specialist.	38,7 (30,0)	35,0 (36,1)	8,3 (6,7)	6,7 (15,6)	10,7 (11,1)	0,6 (0,6)
26. Bij het bezoek van de huisarts vertellen zijn patiënten hem gemakkelijker hun lichamelijke klachten dan aan de specialist.	19,6 (15,6)	27,0 (28,9)	15,0 (17,2)	18,3 (16,1)	22,1 (22,2)	0,0 (0,0)
27. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patiënten.	9,8 (12,2)	18,7 (15,6)	3,7 (4,4)	24,5 (25,0)	42,9 (42,2)	0,3 (0,6)

Correctie: Statement 26, 4e kolom, moet zijn: 16,3.

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	On- be- kend
28. De huisarts heeft in het ziekenhuis een belangrijke taak bij de voorlichting van zijn patiënten over hun ziekte.	25,5 (24,4)	35,9 (33,3)	5,8 (7,2)	12,9 (18,9)	19,6 (16,1)	0,3 (0,0)
29. De huisarts dient tijd te nemen bij het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten.	44,2 (46,1)	37,1 (35,6)	4,3 (6,7)	8,6 (7,8)	5,2 (3,3)	0,6 (0,6)
30. De huisarts moet zeer openhartig zijn bij zijn ziekenhuispatiënten.	16,9 (17,2)	35,9 (32,2)	8,0 (13,3)	20,9 (23,3)	18,1 (13,9)	0,3 (0,0)
31. De huisarts blijft ook medeverantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis.	25,8 (23,3)	29,1 (26,7)	3,1 (7,8)	15,0 (16,7)	26,7 (25,6)	0,3 (0,0)
32. Andere functionarissen, (bv. verpleegster, pastor, maatschappelijk werker) kunnen ziekenhuispatiënten net zo goed helpen bij het verwerken van hun problemen als de huisarts.	11,7 (7,8)	32,5 (42,8)	5,2 (8,3)	28,5 (25,6)	21,5 (15,6)	0,6 (0,0)
33. De huisarts zou in het ziekenhuis ook sommige van zijn patiënten moeten kunnen behandelen.	21,2 (16,7)	19,9 (20,6)	8,6 (12,8)	10,4 (11,1)	39,3 (38,9)	0,6 (0,0)
34. Door het betrekken van de huisarts bij de behandeling van ziekenhuispatiënten kan de scherpe scheiding extra-intramurale zorg doorbroken worden.	38,3 (37,8)	27,9 (23,3)	15,0 (20,6)	8,9 (4,4)	9,2 (12,8)	0,6 (1,1)
35. De huisarts zou ad hoc ziekenhuisstafbesprekingen over zijn patiënten in het ziekenhuis moeten kunnen bijwonen.	66,0 (51,1)	20,6 (30,0)	5,8 (9,4)	3,4 (3,9)	3,7 (5,6)	0,6 (0,0)
36. Het inlichten van de patient over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist.	8,3 (7,8)	26,4 (22,8)	3,7 (2,2)	32,5 (32,8)	28,8 (33,3)	0,3 (1,1)
37. De huisarts zou zijn ziekenhuispatiënten moeten helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen (bv. bij operaties)	54,6 (51,7)	35,3 (38,3)	2,8 (1,7)	5,5 (3,3)	1,5 (4,4)	0,3 (0,6)

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	On- be- kend
38. De huisarts kan de overgang van zijn ontslagen patienten van het ziekenhuis naar het gezin zeer gemakkelijkken.	47,5 (45,6)	37,1 (35,6)	6,4 (12,2)	4,0 (2,8)	3,7 (2,8)	1,2 (1,1)
39. Specialisten plegen tijdens ziekenhuisopname vaak overleg met huisartsen over hun patienten.	8,3 (5,0)	20,2 (13,9)	2,1 (1,1)	23,9 (24,4)	44,5 (55,0)	0,9 (0,6)
40. Huisartsen lichten specialisten onvoldoende in over hun patienten die opgenomen worden.	5,5 (9,4)	42,6 (42,2)	9,5 (12,2)	16,0 (12,8)	24,8 (21,7)	1,5 (1,7)
41. De specialist licht de huisarts meestal onvoldoende in over zijn ziekenhuispatienten.	5,2 (6,1)	28,8 (27,2)	3,1 (5,6)	25,8 (27,2)	35,9 (32,2)	1,2 (1,7)
42. Het feit dat de huisarts zich in het ziekenhuis op andermans terrein voelt is een belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispatienten.	11,7 (14,4)	20,6 (21,7)	4,0 (3,9)	9,2 (9,4)	53,7 (50,0)	0,9 (0,6)
43. De verpleegsters in het ziekenhuis begrijpen eigenlijk niet goed wat de taak van de huisarts is als hij zijn patienten in het ziekenhuis bezoekt.	10,7 (11,1)	23,6 (29,4)	22,1 (22,2)	14,4 (13,9)	28,2 (22,2)	0,9 (1,1)
44. Specialisten waarderen het zeer als de huisarts zijn patienten in het ziekenhuis bezoekt.	28,2 (21,7)	24,5 (20,6)	39,9 (48,9)	3,4 (5,0)	3,1 (3,3)	0,9 (0,6)
45. Als een patient in het ziekenhuis is opgenomen is de huisarts voor hem niet meer zo belangrijk.	5,2 (7,8)	31,0 (31,1)	4,9 (3,9)	25,5 (20,0)	32,2 (36,7)	1,2 (0,6)
46. Het bezoeken van ziekenhuispatienten door de huisarts zou zeer vergemakkelijkt worden als alle ziekenhuisfunctionarissen bekend waren met de taak van de huisarts t.a.v. zijn ziekenhuispatienten.	33,7 (30,0)	17,2 (25,6)	31,0 (32,2)	4,9 (3,9)	11,3 (7,8)	1,8 (0,6)
47. De huisarts dient patienten in het ziekenhuis op te zoeken opdat hij in staat is het gezin van de toestand van de patient op de hoogte te houden.	28,2 (20,0)	35,6 (41,7)	6,4 (9,4)	15,0 (14,4)	13,8 (13,9)	0,9 (0,6)

	helenaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helenaal mee oneens	On- be- kend
48. De specialist zou vaker met de huisarts moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van de ziekenhuispatient, omdat de huisarts de gezinssituatie kent.	47,9 (43,9)	35,6 (43,9)	4,6 (2,8)	4,6 (2,8)	6,7 (6,1)	0,6 (0,6)
49. Als de patient beter over zijn ziekte zou zijn voorgelicht zou de opnameduur dikwijls verkort kunnen worden.	18,4 (13,9)	19,3 (24,4)	34,4 (35,6)	9,8 (6,1)	17,2 (19,4)	0,9 (0,6)
50. Het regelmatig sturen van tussentijds bericht over de ziekenhuispatient <u>gedurende de opname</u> zou de huisarts in staat stellen veel meer voor zijn ziekenhuispatienten te doen.	42,6 (33,9)	27,6 (33,9)	12,0 (16,1)	8,3 (6,1)	8,6 (9,4)	0,9 (0,6)
51. Het meegeven van een voorlopig ontslagbericht aan de ontslaggen patienten met gegevens over de diagnose en de therapie om aan de huisarts te overhandigen, is noodzakelijk voor een goede voortzetting van de behandeling thuis.	92,3 (92,8)	4,9 (5,4)	0,3 (0,0)	0,9 (0,6)	0,9 (0,6)	0,6 (0,6)
52. De huisarts zou bij het bezoeken van zijn ziekenhuispatienten een witte jas moeten dragen opdat hij voor patient en ziekenhuisfunctionarissen herkenbaar zou zijn als functionaris die zijn taak binnen het ziekenhuis vervult.	3,1 (3,9)	4,9 (8,9)	10,7 (9,4)	5,2 (1,1)	75,5 (75,6)	0,6 (1,1)
53. De huisarts zou bij zijn ziekenhuisbezoek ook eens patienten lichamelijk moeten onderzoeken.	8,0 (10,0)	19,3 (21,7)	8,3 (12,2)	12,6 (11,1)	51,2 (44,4)	0,6 (0,6)
54. De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatienten met de specialist moeten bespreken.	15,3 (11,7)	33,1 (31,7)	6,4 (10,0)	16,9 (20,0)	26,7 (25,0)	1,5 (1,7)

Heeft U suggesties om het bezoeken van ziekenhuispatienten door de huisarts te vergemakkelijken ?

Heeft U nog andere suggesties of opmerkingen betreffende de huisarts en zijn ziekenhuispatienten ?

Hartelijk dank voor Uw medewerking.

N.H.G. Lidmaatschap

	A-selectie steekproef		responderende groep		landelijke gegevens N.H.I.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Wel lid	235	54,9	161	49,3	2056	46,6
Geen lid	193	45,1	165	50,7	2357	53,4
n =	428	= 100%	326	= 100%	4413*	= 100%

Toetsing responderende groep huis-
artsen met de a-selectie steekproef

$$\chi^2 = 1,20 \quad P = 0,27$$

Toetsing responderende groep huis-
artsen met de landelijke gegevens
van de Nederlandse Huisartsen.

$$\chi^2 = 0,85 \quad P = 0,36$$

* Het aantal Nederlandse Huis-
artsen is 4415 (gegevens van 2
huisartsen ontbreken).

Urbanisatiegraad

Urbanisatiegraad	A-selectie steekproef		Responderende groep	
	abs.	%	abs.	%
1	107	25,0	93	28,6
2	72	16,8	49	15,0
3	42	9,8	30	9,2
4	11	2,6	4	1,2
5	27	6,3	23	7,1
6	65	15,2	50	15,3
7	104	24,3	77	23,6
n =	428	= 100%	326	= 100%

Toetsing responderende groep huisartsen met de a-selectie steekproef.

$$\chi^2 = 3,18 \quad df = 6 \quad P = 0,79$$

Het al of niet apotheekhoudend zijn van de huisartsen.

	A-selecte steekproef		Responderende groep		Landelijke gegevens N.H.I.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
wel apotheek- houdend	147	34,3	117	36,0	1371	31,1
niet apotheek- houdend	281	65,7	208	64,0	3042	68,9
n =	428	= 100%	325	= 100%	4413*	= 100%

Toetsing responderende groep huis-
artsen met a-selecte steekproef

$$\chi^2 = 0,16 \quad P = 0,69$$

Toetsing responderende groep huis-
artsen met landelijke gegevens van
de Nederlandse huisartsen

$$\chi^2 = 3,19 \quad P = 0,07$$

* Het aantal Nederlandse huisartsen
is 4415 (de gegevens van 2 huis-
artsen ontbreken).

Jaar van afstuderen

Jaar van afstuderen	A-selecte steekproef		Responderende groep		Landelijke gegevens N.H.I.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1966 t/m 1971	47	11,0	36	11,0	545	12,4
1961 t/m 1965	58	13,6	45	13,8	641	14,5
1956 t/m 1960	92	21,5	72	22,1	855	19,4
1951 t/m 1955	88	20,6	73	22,4	905	20,5
1946 t/m 1950	44	10,3	36	11,0	440	10,0
1941 t/m 1945	31	7,3	19	5,8	300	6,8
1936 t/m 1940	39	9,1	24	7,4	340	7,7
vóór 1936	28	6,6	21	6,5	389	8,7
n =	427	= 100%	326	= 100%	4415	= 100%

Toetsing responderende groep huis-
artsen met a-selecte steekproef

$$\chi^2 = 1,67 \quad df = 7 \quad P = 0,97$$

Toetsing responderende groep huis-
artsen met de landelijke gegevens
van de Nederlandse huisartsen

$$\chi^2 = 5,20 \quad df = 7 \quad P = 0,64$$

Vergelijking tussen de landelijke en lokale groep huisartsen voor een aantal punten.

	Landelijk	Locaal
1. N.H.G. Lidmaatschap		
ja	49,3	57,7
nee	50,7	42,3
n =	326 = 100%	180
$\chi^2 = 3,18$ $P = 0,07$		
2. Al of niet apotheekhoudend zijn		
ja	36,0	36,7
nee	64,0	63,3
n =	325 = 100%	180
$\chi^2 = 0,003$ $P = 0,96$		
3. Jaar van vestiging		
a. 0-4 jaar	16,0	15,6
b. 5-19 jaar	55,2	61,6
c. 20 jaar of meer	28,8	22,8
n =	326 = 100%	180
$\chi^2 = 2,45$ $df = 2$ $P = 0,29$		
4. Praktijkgrootte		
a. klein (minder dan 2000)	9,6	9,0
b. middelgroot (2000 t/m 3499)	56,2	47,8
c. groot (3500 en meer)	34,2	43,2
n =	324 = 100%	178
$\chi^2 = 4,05$ $df = 2$ $P = 0,13$		
5. Aantal ziekenhuizen		
a. 1 ziekenhuis	12,0	7,2
b. 2 of 3 ziekenhuizen	63,1	62,2
c. 4 of meer ziekenhuizen	24,9	30,6
n =	325 = 100%	180
$\chi^2 = 3,95$ $df = 2$ $P = 0,14$		
6. Bezoekfrequentie		
a. incidenteel	31,5	35,5
b. middelmatig	33,3	35,0
c. regelmatig	35,2	29,5
n =	324 = 100%	180
$\chi^2 = 1,82$ $df = 2$ $P = 0,40$		

L2. Het aantal ziekenhuizen waarover patiënten verdeeld liggen per groep huisartsen.

Aantal ziekenhuizen	Groep huisartsen				n =
	A	B	C	D	
1	0(0,0)	3(1,7)	4(2,2)	6(3,3)	13(7,2%)
2 + 3	3(1,7)	71(39,9)	17(9,6)	21(11,8)	112(63,0%)
4 of meer	30(16,8)	14(7,9)	3(1,7)	6(3,4)	53(29,8%)
n =	33(18,5)	88(49,5)	24(13,5)	33(18,5)	178(100,0%)

Berekening van Kruskal Wallis $H = 65,27$ $df = 3$ $P < \frac{1}{2}\%$

L3. Statement 20 per groep huisartsen 'Verkeers of parkeerproblemen zijn een sterke belemmering voor het bezoeken van ziekenhuispatiënten door de huisarts'.

Score statement	Groep huisartsen				n = %
	A	B	C	D	
1 + 2*	25(14,8)	19(11,2)	5(3,0)	9(5,3)	58(34,3%)
4 + 5	8(4,7)	64(37,9)	17(10,1)	22(13,0)	111(65,7%)
n =	33(19,5)	83(49,1)	22(13,1)	31(18,3)	169(100,0%)

$\chi^2 = 31,64$ $df = 3$ $P < \frac{1}{2}\%$

* toetsing voor het verschil tussen 1 + 2 resp. 4 + 5 en groep huisartsen.

L4. Statement 43. per groep huisartsen 'De verpleegsters in het ziekenhuis begrijpen eigenlijk niet goed wat de taak van de huisarts is als hij zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt'.

Score statement	Groep huisartsen				n = %
	A	B	C	D	
1 + 2	21(11,9)	29(16,5)	8(4,5)	14(8,0)	72(40,9%)
3	3(1,7)	20(11,4)	8(4,5)	8(4,5)	39(22,1%)
4 + 5	9(5,1)	38(21,6)	8(4,5)	10(5,7)	65(36,9%)
n =	33(18,7)	87(49,5)	24(13,5)	32(18,2)	176(99,9%)

$\chi^2 = 12,09$ $df = 6$ $5\% < P < 10\%$

L5. Statement 36 per groep huisartsen. 'Het inlichten van de patiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist'.

Score statement	Groep huisartsen				n =
	A	B	C	D	
1 + 2*	11(6,4)	18(10,5)	9(5,2)	15(8,7)	53(30,8%)
4 + 5	21(12,2)	69(40,1)	12(7,0)	17(9,9)	119(69,2%)
n =	32(18,6)	87(50,6)	21(12,2)	32(18,6)	172(100,0%)

$\chi^2 = 9,67$ $df = 3$ $P < 2\frac{1}{2}\%$

* Opmerking als tabel L3.

L6. De communicatie met de specialist per groep huisartsen.

Score	Groep huisartsen				
	A	B	C	D	n =
1 + 2	5(2,8)	42(23,9)	18(10,2)	23(13,1)	88(50,0%)
3	16(9,1)	22(12,5)	5(2,8)	7(4,0)	50(28,4%)
4 + 5	12(6,8)	22(12,5)	1(0,6)	3(1,7)	38(21,6%)
n =	33(18,7)	86(48,9)	24(13,6)	33(18,8)	176(100,0%)
Berekening van Kruskal Wallis H = 26,66 df = 3 P < ½%					

L7. Het al of niet bezoeken van koffie-uurtjes per groep huisartsen.

Bezoek koffie-uurtjes	Groep huisartsen				
	A	B	C	D	n =
regelmatig	4(2,3)	9(5,1)	1(0,5)	11(6,3)	25(14,2%)
niet regelmatig	29(16,6)	77(44,0)	22(12,6)	22(12,6)	150(85,8%)
n =	33(18,9)	86(49,1)	23(13,1)	33(18,9)	175(100,0%)
Berekening van Kruskal Wallis H = 12,71 df = 3 P < 1%					

L8. Ontvangst van bericht tijdens opname per groep huisartsen.

Ontvangst van bericht	Groep huisartsen				
	A	B	C	D	n =
al of niet regelmatig	11(6,3)	34(19,3)	7(4,0)	23(13,1)	75(42,7%)
nooit	22(12,5)	52(29,5)	17(9,6)	10(5,7)	101(57,3%)
n =	33(18,8)	86(48,8)	24(13,6)	33(18,8)	176(100,0%)
$\chi^2 = 13,17$ df = 3 P < ½%					

L9. Ontvangst van bericht van opname per groep huisartsen.

Ontvangst van bericht	Groep huisartsen				
	A	B	C	D	n = %
altijd of meestal	32(18,0)	61(34,3)	24(13,5)	33(18,5)	150(84,3%)
soms of nooit	1(0,5)	27(15,2)	0(0,0)	0(0,0)	28(15,7%)
n =	33(18,5)	88(49,5)	24(13,5)	33(18,5)	178(100,0%)
Berekening van Kruskal Wallis H = 29,33 df = 3 P < ½%					

L10. Ontvangst van ontslagbericht per groep huisartsen.

Ontvangst van bericht	Groep huisartsen				n = %
	A	B	C	D	
altijd of meestal	33(18,6)	86(48,6)	24(13,6)	20(11,3)	163(92,1%)
soms of nooit	0(0,0)	1(0,6)	0(0,0)	13(7,3)	14(7,9%)
n =	33(18,6)	87(49,2)	24(13,6)	33(18,6)	177(100,0%)
Berekening van Kruskal Wallis $H = 54,95$ $df = 3$ $P < \frac{1}{2}\%$					

L11. Ontvangst van bericht van overlijden per groep huisartsen.

Ontvangst van bericht	Groep huisartsen				n = %
	A	B	C	D	
altijd of meestal	6(3,4)	81(45,8)	22(12,4)	27(15,2)	136(76,8%)
soms of nooit	27(15,2)	6(3,4)	2(1,1)	6(3,4)	41(23,1%)
n =	33(18,6)	87(49,2)	24(13,5)	33(18,6)	177(99,9%)
$\chi^2 = 80,15$	$df = 3$	$P < \frac{1}{2}\%$			

SPECIALISTENENQUETE

OPGAVE in percentages van het totaal
n = 62

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Naam _____

Urbanisatiegraad 5 32,3%

Adres 7 67,7

100,0%

Leeftijd _____

Specialisme _____

A 30,6

B 37,1

Verbonden aan het ziekenhuis _____

C 19,4

D 12,9 -100%

1. Hoeveel jaar bent U als specialist gevestigd ?
- | | | |
|--------------------|--------------------------|------|
| 0 - 4 jaar | <input type="checkbox"/> | 27,4 |
| 5 - 9 jaar | <input type="checkbox"/> | 21,0 |
| 10 - 14 jaar | <input type="checkbox"/> | 16,1 |
| 15 - 19 jaar | <input type="checkbox"/> | 17,7 |
| 20 - 24 jaar | <input type="checkbox"/> | 6,5 |
| 25 - 29 jaar | <input type="checkbox"/> | 6,5 |
| langer dan 30 jaar | <input type="checkbox"/> | 3,2 |
| onbekend | | 1,6 |

2. Voor assistenten:
Sinds wanneer bent U in opleiding voor specialist ? 100,0%

Op onderstaande schaaltes kunt U d.m.v. een kruisje aangeven wat Uw antwoord op onderstaande vragen is.

3. Denkt U dat ziekenhuispatienten het bezoek van hun huisarts in het algemeen op prijs stellen ?
- | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| zeer op prijs stellen | 53,2/27,4/14,5/1,6/1,6 | weinig op prijs stellen | onbekend |
| | | | 1,6 |

4. Vindt U het bezoeken van ziekenhuispatienten door de huisarts van belang ?

van groot belang	33,9/27,4/24,2/8,1/3,2	van weinig belang	onbekend
			3,2

5. Hoe vindt U in het algemeen de communicatie met de huisarts over ziekenhuispatienten ?

zeer goed	9,7/12,9/37,1/27,4/8,1	zeer slecht	onbekend
			4,8

6. Stuurt U wel eens tussentijds bericht tijdens opname over Uw ziekenhuispatienten aan de huisarts ?

zelden	<input type="checkbox"/>	21,0
soms	<input type="checkbox"/>	45,2
nooit	<input type="checkbox"/>	25,8
onbekend		8,0
		100,0%

Wilt U bij navolgende uitspraken d.m.v. een kruis in een van de betreffende vakken aangeven of U het met deze uitspraak helemaal eens bent, gedeeltelijk mee eens bent, c.q. geen mening hebt, of gedeeltelijk ermee oneens bent of helemaal mee oneens ? U gelieve Uw spontane reactie te geven.

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	On- be- kend
7. De huisarts kan zelf zeer veel leren van het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten.	22,6	40,3	14,5	8,1	9,7	4,8
8. Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten wordt de communicatie met de specialist sterk bevorderd.	33,9	29,0	8,1	14,5	11,3	3,2
9. Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten kan de huisarts ook een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van zijn ziekenhuispatiënten.	17,7	32,3	4,8	21,0	21,0	3,2
10. De huisarts moet zijn ziekenhuispatiënten bezoeken omdat veel patienten hun problemen en zorgen gemakkelijker aan de huisarts vertellen dan aan de specialist	27,4	30,6	9,7	17,7	11,3	3,2
11. Bij het bezoek van de huisarts vertellen zijn patienten hem gemakkelijker hun lichamelijke klachten dan aan de specialist.	6,5	12,9	11,3	21,0	45,2	3,2
12. De huisarts heeft in het ziekenhuis een belangrijke taak bij de voorlichting van zijn ziekenhuispatiënten.	21,0	16,1	8,1	21,0	30,6	3,2
13. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patienten.	16,1	16,1	3,2	25,8	35,5	3,2
14. De huisarts blijft ook medeverantwoordelijk voor de behandeling van zijn patienten in het ziekenhuis.	9,7	16,1	1,6	19,4	50,0	3,2
15. Andere functionarissen (bv. verpleegster, pastor maatschappelijk werkster) kunnen ziekenhuispatiënten net zo goed helpen bij het verwerken van hun problemen als de huisarts.	9,7	29,0	4,8	22,6	30,6	3,2

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	On- be- kend
16. Door het betrekken van de huisarts bij de behandeling van ziekenhuispatiënten kan de scherpe scheiding extra-intramurale zorg doorbroken worden.	29,0	25,8	22,6	4,8	12,9	4,8
17. De huisarts zou in het ziekenhuis ook sommige van zijn patiënten moeten kunnen behandelen.	3,2	9,7	4,8	3,2	74,2	4,8
18. Het inlichten van de patient over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist.	11,3	45,2	1,6	19,4	17,7	4,8
19. De huisarts zou zijn ziekenhuispatiënten moeten helpen bij het nemen van belangrijke beslissingen (b.v. operaties)	40,3	37,1	1,6	11,3	4,8	4,8
20. De huisarts kan de overgang van zijn ontslagen patiënten van het ziekenhuis naar het gezin zeer vergemakkelijken.	64,5	19,4	8,1	3,2	0,0	4,8
21. Specialisten plegen tijdens ziekenhuisopname vaak overleg met huisartsen over hun patiënten.	11,3	30,6	14,5	24,2	14,5	4,8
22. Huisartsen lichten specialisten onvoldoende in over hun patiënten die opgenomen worden.	17,7	38,7	11,3	16,1	11,3	4,8
23. De specialist licht de huisarts meestal onvoldoende in over zijn ziekenhuispatiënten.	1,6	17,7	16,1	21,0	38,7	4,8
24. De verpleegsters in het ziekenhuis begrijpen eigenlijk niet goed wat de taak van de huisarts is als hij zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt.	11,3	22,6	25,8	14,5	21,0	4,8
25. Specialisten waarderen het zeer als de huisarts zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt.	74,2	11,3	6,5	3,2	0,0	4,8

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens	Onbe- kend
26. Het bezoeken van ziekenhuispatienten door de huisarts zou zeer gemakkelijk worden als alle ziekenhuisfunctio- narissen bekend waren met de taak van de huis- arts t.a.v. zijn ziekenhuispatienten.	40,3	11,3	27,4	4,8	12,9	3,2
27. Als de patient in het ziekenhuis is opgenomen is de huisarts niet meer zo belangrijk voor hem.	8,1	35,5	3,2	17,7	30,6	4,8
28. De huisarts zou ad hoc ziekenhuisstafbespre- kingen over zijn patien- ten in het ziekenhuis moeten kunnen bijwonen.	45,2	37,1	6,5	3,2	4,8	3,2
29. De specialist zou vaker met de huisarts moeten overleggen over het geschiktste tijdstip voor ontslag van zie- kenhuispatienten omdat de huisarts de gezins- situatie kent.	33,9	40,3	8,1	4,8	9,7	3,2
30. Als de patient beter over zijn ziekte zou zijn voorgelicht zou de op- nameduur dikwijls ver- kort kunnen worden.	12,9	12,9	29,0	12,9	29,0	3,2
31. Het regelmatig sturen van tussentijds be- richt over de zieken- huispatient <u>gedurende</u> <u>de opname</u> zou de huis- arts in staat stellen veel meer voor zijn zie- kenhuispatienten te doen.	14,5	19,4	21,0	29,0	12,9	3,2
32. Het meegeven van een voorlopig ontslagbe- richt aan de ontsla- gen patienten met ge- gevens over diagnose en therapie om aan de huisarts te overhandi- gen, is noodzakelijk voor een goede voort- zetting van de behande- ling.	54,8	25,8	1,6	3,2	11,3	3,2

	helemaal mee eens	gedeeltel. mee eens	geen mening	gedeeltel. mee oneens	helemaal mee oneens.	On- be- kend
33. De huisarts zou bij het bezoeken van zijn ziekenhuispatienten een witte jas moeten dragen opdat hij voor patient en ziekenhuisfunctionarissen herkenbaar zou zijn als functionaris die zijn taak binnen het ziekenhuis vervult.	11,3	8,1	19,4	12,9	46,8	1,6
34. De huisarts zou bij zijn ziekenhuisbezoek ook eens patienten lichamenteel moeten onderzoeken.	6,5	12,9	12,9	17,7	48,4	1,6
35. De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatienten met de specialist moeten bespreken.	16,1	29,0	6,5	21,0	25,8	1,6

36. Heeft U suggesties om het bezoeken van ziekenhuispatienten door de huisarts te vergemakkelijken ?

37. Heeft U nog andere suggesties of opmerkingen betreffende de huisarts en de ziekenhuispatient ?

Hartelijk dank voor Uw medewerking.

a) Statement 12 Specialistenenquête vergeleken met statement 28 Locale Huisartsenenquête.

'De huisarts heeft in het ziekenhuis een belangrijke taak bij de voorlichting van zijn ziekenhuispatiënten'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n
Huisartsen	104(43,3)	13(5,4)	63(26,3)	180(75,0%)
Specialisten	23(9,6)	5(2,1)	32(13,3)	60(25,0%)
n =	127(52,9)	18(7,5)	95(39,6)	240(100,0%)

$$\chi^2 = 7,11 \quad P < 5\%$$

b) Statement 11 Specialistenenquête vergeleken met statement 26 Locale Huisartsenenquête.

'Bij het bezoek van de huisarts vertellen zijn patiënten hem gemakkelijker hun lichamelijke klachten dan aan de specialist'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n
Huisartsen	80(33,3)	31(12,9)	69(28,8)	180(75,0%)
Specialisten	12(5,0)	7(2,9)	41(17,1)	60(25,0%)
n =	92(38,3)	38(15,8)	110(45,9)	240(100,0%)

$$\chi^2 = 16,73 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

c) Statement 18 Specialistenenquête vergeleken met statement 36 Locale Huisartsenenquête.

'Het inlichten van de patiënt over zijn ziekte is geheel de taak van de specialist'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	55(23,2)	4(1,7)	119(50,2)	178(75,1%)
Specialisten	35(14,8)	1(0,4)	23(9,7)	59(24,9%)
n =	90(38,0)	5(2,1)	142(59,9)	237(100,0%)

$$\text{Berekening van Kruskal Wallis} \quad H = 14,91 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

d) Statement 14 specialistenenquête vergeleken met statement 31 Locale Huisartsenenquête.

'De huisarts blijft ook mede verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n
Huisartsen	90(37,5)	14(5,8)	76(31,7)	180(75,0%)
Specialisten	16(6,7)	1(0,4)	43(17,9)	60(25,0%)
n =	106(44,2)	15(6,2)	119(49,6)	240(100,0%)

$$\chi^2 = 16,02\% \quad P < \frac{1}{2}\%$$

e) Statement 17 specialistenenquête vergeleken met statement 33 Locale Huisartsenenquête.

'De huisarts zou in het ziekenhuis ook sommige van zijn patiënten moeten kunnen behandelen'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n
Huisartsen	67(28,0)	23(9,6)	90(37,7)	180(75,3%)
Specialisten	8(3,3)	3(1,3)	48(20,1)	59(24,7%)
n =	75(31,3)	26(10,9)	138(57,8)	239(100,0%)

$$\chi^2 = 17,91 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

f) Statement 7 specialistenenquête vergeleken met statement 22 Locale Huisartsenenquête.

'De huisarts kan zelf zeer veel leren van het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n
Huisartsen	73(30,5)	25(10,5)	82(34,3)	180(75,3%)
Specialisten	39(16,3)	9(3,8)	11(4,6)	59(24,7%)
n =	112(46,8)	34(14,3)	93(38,9)	239(100,0%)

$$\chi^2 = 14,52 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

a) Communicatie huisarts-specialist naar de mening van specialisten en Locale Huisartsen.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	88(37,3)	51(21,6)	38(16,1)	177(75,0)
Specialisten	14(5,9)	23(9,8)	22(9,3)	59(25,0)
n =	102(43,2)	74(31,4)	60(25,4)	236(100,0%)

$$\chi^2 = 12,73 \quad P < \frac{1}{2}\%$$

b) Statement 23 specialistenenquête vergeleken met statement 41 Locale Huisartsenenquête.

'De specialist licht de huisarts meestal onvoldoende in over zijn ziekenhuispatiënten'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	60(25,4)	10(4,2)	107(45,4)	177(75,0%)
Specialisten	12(5,1)	10(4,2)	37(15,7)	59(25,0%)
n =	72(30,5)	20(8,4)	144(61,1)	236(100,0%)

$$\chi^2 = 9,37 \quad P < 1\%$$

c) Statement 21 specialistenenquête vergeleken met statement 39 Locale Huisartsenenquête.

'Specialisten plegen tijdens ziekenhuisopname vaak overleg met huisartsen over hun patiënten'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	34(14,3)	2(0,8)	143(60,1)	179(75,2%)
Specialisten	26(10,9)	9(3,8)	24(10,1)	59(24,8%)
n =	60(25,2)	11(4,6)	167(70,2)	238(100,0%)

$$\chi^2 = 39,98 \quad P < \frac{1}{8}\%$$

a) Statement 25 specialistenenquête vergeleken met statement 44 Locale Huisartsenenquête.

'Specialisten waarderen het zeer als de huisarts zijn patiënten in het ziekenhuis bezoekt'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	76(31,9)	88(37,0)	15(6,3)	179(75,2%)
Specialisten	53(22,3)	4(1,7)	2(0,8)	59(24,8%)
n =	129(54,2)	92(38,7)	17(7,1)	238(100,0%)

$$\chi^2 = 40,54 \quad P < \frac{1}{4}\%$$

b) Statement 8 specialistenenquête vergeleken naar statement 23 Locale Huisartsenenquête.

'Door het bezoeken van zijn ziekenhuispatiënten wordt de communicatie met de specialist sterk bevorderd'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	86(36,0)	12(5,0)	81(33,9)	179(74,9%)
Specialisten	39(16,3)	5(2,1)	16(6,7)	60(25,1%)
n =	125(52,3)	17(7,1)	97(40,6)	239(100,0%)

$$\chi^2 = 6,46 \quad P < 5\%$$

a) Statement 29 specialistenenquête vergeleken met statement 48 Locale Huisartsenenquête.

'De specialist zou vaker met de huisarts moeten overleggen over het geschikte tijdstip voor ontslag van ziekenhuispatiënten omdat de huisarts de gezinssituatie kent'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	158(66,1)	5(2,1)	16(6,7)	179(74,9%)
Specialisten	46(19,2)	5(2,1)	9(3,8)	60(25,1%)
n =	204(85,3)	10(4,2)	25(10,5)	239(100,0%)
$\chi^2 = 5,58$ $5\% < P < 10\%$				

b) Statement 31 specialistenenquête vergeleken met statement 50 Locale Huisartsenenquête.

'Het regelmatig sturen van tussentijds bericht over de ziekenhuispatiënt gedurende de opname zou de huisarts in staat stellen veel meer voor zijn ziekenhuispatiënten te doen'.

Score	1 + 2	3	4 + 5	n =
Huisartsen	122(51,1)	29(12,1)	28(11,7)	179(74,9%)
Specialisten	21(8,8)	13(5,4)	26(10,9)	60(25,1%)
n =	143(59,9)	42(17,5)	54(22,6)	239(100,0%)
$\chi^2 = 24,27$ $P < \frac{1}{2}\%$				

a) Statement 22 per ziekenhuis

'Huisartsen lichten specialisten onvoldoende in over hun patiënten die opgenomen worden'.

Score	groep specialisten				n =
	A	B	C	D	
1 + 2	11(18,6)	10(16,9)	11(18,6)	3(5,1)	35(59,2%)
3	4(6,8)	3(5,1)	0(0,0)	0(0,0)	7(11,9%)
4 + 5	3(5,1)	9(15,3)	0(0,0)	5(8,5)	17(28,9%)
n =	18(30,5)	22(37,3)	11(18,6)	8(13,6)	59(100,0%)

Berekening van Kruskal Wallis $H = 11,77$ $df = 3$ $P < 1\%$

b) Statement 31 per ziekenhuis

'Het regelmatig sturen van tussentijds bericht over de ziekenhuispatiënt gedurende de opname zou de huisarts in staat stellen veel meer voor zijn ziekenhuispatiënten te doen'.

Score	Groep specialisten				n =
	A	B	C	D	
1 + 2	2(3,3)	10(16,7)	5(8,3)	4(6,7)	21(35,0%)
3	4(6,7)	2(3,3)	4(6,7)	3(5,0)	13(21,7%)
4 + 5	13(21,7)	9(15,0)	3(5,0)	1(1,7)	26(43,4%)
n =	19(31,7)	21(35,0)	12(20,0)	8(13,4)	60(100,1%)

Berekening van Kruskal Wallis $H = 9,52$ $df = 3$ $P < 2\frac{1}{2}\%$

c) Statement 13 per ziekenhuis.

'Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts geen enkele taak bij zijn patiënten'.

Score	Groep specialisten				n =
	A	B	C	D	
1 + 2	10(16,7)	3(5,0)	4(6,7)	3(5,0)	20(33,4%)
3	0(0,0)	1(1,7)	0(0,0)	1(1,7)	2(3,4%)
4 + 5	9(15,0)	18(30,0)	7(11,7)	4(6,7)	38(63,4%)
n =	19(31,7)	22(36,7)	11(18,4)	8(13,4)	60(100,2%)

Berekening van Kruskal Wallis $H = 6,04$ $df = 3$ $5\% < P < 10\%$

d) Statement 35 per ziekenhuis.

'De huisarts zou iedere week zijn ziekenhuispatiënten met de specialist moeten bespreken'.

Score	Groep specialisten				n =
	A	B	C	D	
1 + 2	7(11,5)	10(16,4)	9(14,8)	2(3,3)	28(46,0%)
3	1(1,6)	1(1,6)	1(1,6)	1(1,6)	4(6,4%)
4 + 5	11(18,0)	11(18,0)	2(3,3)	5(8,2)	29(47,5%)
n =	19(31,1)	22(36,0)	12(19,7)	8(13,1)	61(99,9%)
Berekening van Kruskal Wallis $H = 6,40$ $df = 3$ $5\% < P < 10\%$					

PR 1. Ernst van de ziekte en opnameduur van de groep bezochte ziekenhuispatiënten.

Ernst ziekte	Opnameduur in dagen				n =
	0 t/m 7	8 t/m 14	15 t/m 28	29 en meer	
ernstig	7,0	24,6	33,3	35,1	57 = 100%
minder ernstig	19,8	45,7	22,2	12,3	81
niet ernstig	25,6	70,5	3,9	0,0	78
n =	40	106	40	30	216
$\chi^2 = 66,59$ $df = 6$ $P < \frac{1}{2}\%$					

PR 2. Leeftijd en opnameduur van de groep bezochte ziekenhuispatiënten.

Leeftijd in jaren	Opnameduur in dagen				n =
	0 t/m 7	8 t/m 14	15 t/m 28	29 en meer	
0 t/m 13 jaar	31,4	47,1	7,8	13,7	51 = 100%
14 t/m 35 jaar	23,8	58,7	7,9	9,5	63
36 t/m 65 jaar	11,3	47,9	25,3	15,5	71
66 jaar en ouder	3,2	35,5	41,9	19,4	31
n =	40	106	40	30	216
$\chi^2 = 33,44$ $df = 9$ $P < \frac{1}{2}\%$					

Bevolkingsopbouw eigen praktijk vergeleken met Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	Praktijk*		Nederland**	Praktijk*		Nederland**
	absoluut	per 100 zielen	per 100 zielen	absoluut	per 100 zielen	per 100 zielen
0-4 jaar	218	3,99	4,62	188	3,45	4,42
5-9 jaar	255	4,67	4,76	252	4,62	4,54
10-14 jaar	293	5,37	4,53	252	4,62	4,32
15-19 jaar	270	4,95	4,34	276	5,06	4,14
20-24 jaar	328	6,01	4,71	256	4,69	4,46
25-29 jaar	239	4,38	3,68	191	3,50	3,38
30-34 jaar	151	2,77	3,29	150	2,75	3,01
35-39 jaar	181	3,32	3,03	143	2,62	2,87
40-44 jaar	130	2,38	2,90	143	2,62	2,89
45-49 jaar	124	2,27	2,80	135	2,47	2,92
50-54 jaar	145	2,66	2,46	148	2,71	2,59
55-59 jaar	120	2,20	2,29	114	2,09	2,49
60-64 jaar	113	2,07	2,03	126	2,31	2,32
65-69 jaar	99	1,81	1,67	92	1,69	2,02
70-74 jaar	72	1,32	1,23	69	1,26	1,59
75-79 jaar	29	0,53	0,84	55	1,01	1,12
80-84 jaar	29	0,53	0,48	31	0,57	0,64
85+	20	0,37	0,26	20	0,37	0,36
	2816	51,60	49,92	2641	48,40	50,08

Totaal 5457 zielen

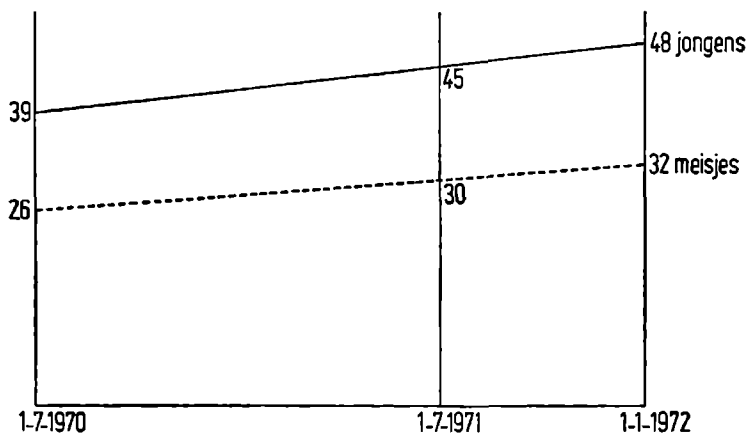
* Praktijkbestand op 1-7-1971.

** Nederlandse bevolking op 1-1-1971.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid 19(1971), 29-31.

Berekening 0-jarigen op 1-7-1971 (eigen praktijk)

	<u>jongens</u>	<u>meisjes</u>
Aantal 0-jarigen op 1-1-1972	48	32
Aantal 1-jarigen op 1-7-1971	39	26
Bij veronachtzaming van sterfte en migratie overschotten, resp. tekorten was:		
Aantal 0-jarigen op 1-7-1970	39	26
Door interpolatie is:		
Aantal 0-jarigen op 1-7-1971	45	30



Te verwachten klinische morbiditeit eigen praktijk voor leeftijd en geslacht, vergeleken met het werkelijke aantal opnames

In onderstaande tabel is de te verwachten klinische morbiditeit (d i aantal klinisch behandelde personen per 10 000 van het totaal per leeftijdsklasse van de Nederlandse bevolking) voor de eigen praktijk op basis van de morbiditeitscijfers in Nederland van 1970* vergeleken met het werkelijke aantal opnames

Leeftijd in jaren	Mannen			Vrouwen		
	Klinische morbiditeit per 10 000 zielen	Eigen praktijk te verwachten aantal	werkelijk opnames	Klinische morbiditeit per 10 000 zielen	Eigen praktijk te verwachten aantal	werkelijk opnames
0	5648	25	21	4975	15	9
1-4	1415	24	6	1049	17	5
5-9	724	18	8	589	15	8
10-14	426	12	9	368	9	6
15-19	496	13	7	722	20	9
20-24	502	16	9	1247	32	22
25-29	516	12	7	1541	29	14
30-34	551	8	4	1263	19	6
35-39	582	11	3	1078	15	5
40-44	658	9	5	1021	15	5
45-49	755	9	7	1027	14	3
50-54	896	13	12	1018	15	11
55-59	1078	13	8	941	11	6
60-64	1268	14	17	996	13	8
65-69	1395	14	9	1146	11	10
70-74	1630	12	4	1346	9	4
75-79	1745	5	2	1503	8	4
80-84	1810	5	1	1554	5	4
85+	1745	3	3	1391	3	0
Totaal	888	236	142	1076	275	139

Totaal mannen en vrouwen

te verwachten aantal opnames 511

werkelijk aantal opnames 281

* Centraal Bureau voor de Statistiek Diagnose Statistiek Ziekenhuizen 1969-1970, Staatsuitgeverij, Den Haag 1973 (Ter perse)

*** Voorlopige gegevens voor Nederland voor het jaar 1970

Uit voorpublicatie van het overzicht van de gegevens van de ziekenhuizen in Nederland over 1970, verslagen en rapporten 1972, nr 3, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene en verzorgd door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid in samenwerking met Nationaal Ziekenhuis Instituut, de Nationale Ziekenhuisraad en het Centraal Bureau voor de Statistiek, Staatsuitgeverij 1972

Opmerking onder opnames wordt in dit opzicht verstaan opneming in algemene en academische ziekenhuizen (96,2% van het totaal aantal opnames) en een *aantal* bijzondere klinieken (b v kinderziekenhuizen, oogziekenhuizen, kankerklinieken e d , 3,8% van het totaal aantal opnames)

Opnames in psychiatrische klinieken zijn hierbij echter niet inbegrepen Het opname% van de eigen praktijk betreft de opnames in algemene ziekenhuizen en een academisch ziekenhuis Het aantal opnames in bijzondere klinieken uit de eigen praktijk is te verwaarlozen, daar dit slechts sporadisch voorkomt

Berekening kostenbesparing door lager opname‰ in de eigen praktijk, vergeleken met het landelijke opname‰.

Gestandaardiseerd opname‰	53,1
Landelijk opname‰	96,6 (zie bijlage Pr. 6)
Besparing	<u>43.5‰</u>

Gemiddeld aantal inwoners in Nederland (1970) 13.038.525 (zie bijlage Pr. 6).
Indien in 1970 het opname‰ van de eigen praktijk voor Nederland zou hebben gegolden, zouden

$$\frac{43.5 \times 13.038.525}{1000} = 567.176 \text{ opnames}$$

minder hebben plaats gevonden.

Gemiddelde kosten per opname f 1815,—

(Financiële statistiek 1971, ziekenhuizen, Uitgave Nationaal Ziekenhuis Instituut Augustus 1972).

$$\text{Besparing } 567.176 \times f 1815,— = f 1.029,424.440.—$$

Sterftecijfers van de eigen praktijk vergeleken met landelijke sterftecijfers.

Sterftecijfers eigen praktijk 1962 t/m 1971

	Mannen	Vrouwen	Totaal
1962	22	22	44
1963	20	16	36
1964	22	14	36
1965	25	12	37
1966	26	10	36
1967	16	9	25
1968	16	17	33
1969	15	19	34
1970	20	20	40
1971	15	15	30

Uitgangspunten voor de berekening van de te verwachten sterftecijfers voor de eigen praktijk.

- 1) De praktijkgrootte is bekend op 1/1 1968 en 1/7 1971.
- 2) Lent behoort tot de gemeente Elst en dus qua urbanisatiegraad tot A₄ (C.B.S. 1964, zie bijlage A).
- 3) Daar de praktijkgrootte in de jaren tussen 1968 en 1971 weinig veranderd is (nl. 5316 resp. 5457) lijkt het gerechtvaardigd voor de berekening van het te verwachten sterftecijfer van de praktijk een paar jaar 'rondom' het moment te kiezen waarop de praktijkgrootte bekend is.
Voor deze eerste peildatum, 1/1 1968, zijn hiervoor de jaren 1966 t/m 1969 gekozen, omdat in het jaar vóór de peildatum (1967) het sterftecijfer zeer laag was.
Voor de peildatum 1/7 1971 zijn de jaren 1970 en 1971 gekozen.
- 4) Op grond van de sterftecijfers in Nederland voor het jaar 1968 resp. 1971 is de te verwachten sterfte van de eigen praktijk berekend per leeftijdscategorie en geslacht.
Dit is geschied op basis van de sterftecijfers voor de urbanisatiegraad A₄ en voor het gehele land.

Toelichting tabel

- Kolom 1 : leeftijdscategorie
- " 2 en 3 : praktijkgrootte Lent 1/1 '68
- " 4 en 5 : de werkelijke sterftecijfers van de eigen praktijk in de jaren 1966 t/m 1969. Hierbij is verondersteld dat de praktijkgrootte resp. -opbouw in deze 4 jaar gelijk was aan die op 1/1 1968.
- Kolom 6 en 7 : Sterftecijfers in Nederland voor urbanisatiegraad A₄ in 1968 (per 10.000 zielen, per leeftijdsgroep en geslacht). Hierbij is verondersteld dat de sterfte in 1968 gelijkbesteld kon worden aan die in 1966, 1967, 1969.
- Voorbeeld berekening*
- sterftecijfer 1968, voor urbanisatiegraad A₄: 6 per 10.000.
- Eigen praktijk had 296 5-9 jarige mannen
- Verwachte sterfte: $\frac{296 \times 6}{10.000} = 0,18$ (zie kolom 8)
- Kolom 8 en 9 : berekende te verwachten sterfte in eigen praktijk

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Leeftijd in jaren	Praktijk Lent 1-1-1968		Sterfte Lent 1966 t/m 1969		Platteland sterfte per 10.000 1968		Verwachte sterfte Lent per jaar		Nederland sterfte per 10.000 1968		Verwachte sterfte Lent per jaar	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
0			3	4	155	117			156	114		
1-4	222	220	2	1	11	8	0,89	0,66	10	8	0,87	0,64
5-9	296	271	-	-	6	5	0,18	0,14	6	4	0,18	0,11
10-14	286	243	1	-	5	3	0,19	0,07	4	3	0,11	0,07
15-19	303	257	1	-	13	6	0,39	0,15	9	4	0,27	0,10
20-24	259	243	3	1	12	4	0,31	0,10	10	4	0,26	0,10
25-29	194	184	1	-	11	4	0,21	0,07	10	4	0,19	0,07
30-34	190	161	-	-	14	6	0,27	0,12	12	6	0,23	0,10
35-39	140	136	-	1	16	9	0,22	0,12	16	10	0,22	0,14
40-44	132	133	1	1	23	16	0,30	0,21	26	18	0,34	0,24
45-49	141	147	1	1	43	22	0,61	0,32	45	26	0,63	0,38
50-54	126	123	3	2	70	40	0,88	0,49	75	42	0,94	0,52
55-59	112	120	4	3	112	65	1,25	0,78	131	62	1,47	0,74
60-64	96	102	3	4	178	97	1,71	0,99	213	100	2,04	1,02
65-69	83	91	9	7	269	183	2,23	1,67	340	176	2,82	1,60
70-74	50	56	10	7	445	326	2,22	1,83	518	317	2,59	1,78
75-79	39	45	6	4	731	370	2,85	2,56	805	582	3,14	2,62
80-84	30	34	6	6	1197	1037	3,59	3,53	1260	1027	3,78	3,49
85+	26	25	19	13	2095	1976	5,45	4,94	2272	2019	5,91	5,05
Totaal	2725	2591	73	55			23,75	18,75			25,99	18,77
							× 4				× 4	
							95	75			104	75

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Praktijk Lent 1-7-71		Sterfte Lent 1970-1971		Platteland sterfte per 10.000 1970		Verwachte sterfte Lent per jaar		Nederland sterfte per 10.000 1970		Verwachte sterfte Lent per jaar	
M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
45	30	-	-	131	115	0,59	0,34	143	111	0,64	0,33
173	158	-	-	10	8	0,17	0,13	9	7	0,16	0,11
255	252	1	-	8	3	0,20	0,08	6	3	0,15	0,08
293	252	-	-	5	3	0,15	0,08	4	3	0,12	0,08
270	276	-	-	14	5	0,38	0,14	10	5	0,27	0,14
328	256	1	-	14	5	0,46	0,13	11	5	0,36	0,13
239	191	-	1	10	5	0,24	0,10	10	5	0,24	0,10
151	150	-	1	12	7	0,18	0,10	11	7	0,17	0,10
181	143	-	-	15	9	0,27	0,13	15	10	0,27	0,14
130	143	-	-	25	17	0,32	0,24	26	14	0,34	0,20
124	135	-	-	42	28	0,52	0,38	44	28	0,55	0,38
145	148	2	-	74	38	1,07	0,56	80	42	1,16	0,62
120	114	5	5	117	64	1,40	0,73	137	63	1,64	0,72
113	126	5	6	188	100	2,12	1,26	227	103	2,57	1,30
99	92	2	3	295	176	2,92	1,62	354	176	3,50	1,62
72	69	3	6	441	317	3,18	2,19	536	321	3,86	2,21
29	55	4	1	729	559	2,11	3,07	811	568	2,35	3,12
29	31	6	6	1097	1025	3,18	3,18	1238	1011	3,59	3,13
20	20	6	6	2002	1813	4,00	3,63	2190	1958	4,38	3,92
2816	2641	35	35			23,46	18,09			26,32	18,43
						× 2				× 2	
						47	36			53	37

Kolom 10 en 11: als kolom 6 en 7, betreffen echter de sterftcijfers van *geheel Nederland* (1968, per 10.000 zielen).

Kolom 12 en 13: als kolom 8 en 9, te verwachten sterfte eigen praktijk op basis sterftcijfers gehele land.

Berekening als aangegeven bij kolom 6 en 7.

Door optelling van kolommen 8 en 9, resp. 12 en 13 wordt het *jaarlijks* te verwachten sterfteaantal per geslacht verkregen.

De verwachte sterftcijfers voor de jaren 1966 t/m 1969 wordt verkregen door de genoemde optellingen met 4 te vermenigvuldigen.

Voor de kolommen 14 t/m 25 geldt hetzelfde als aangegeven voor de kolommen 1 t/m 13. De te verwachten sterfte-aantallen dienen hier i.p.v. met 4 met 2 vermenigvuldigd te worden, daar het de jaren 1970 en 1971 betreft.

Conclusie: de werkelijke sterftcijfers zijn *niet* hoger dan de te verwachten sterftcijfers.

Tussentijds bericht ziekenhuispatiënten

A. In te vullen door de *verpleegkundige*

Datum

Naam patiënt

Adres

geboortedatum

ziekenhuis

Afdeling

opnamedatum

naam specialist/assistent

bereikbaar toestel
tijdstip

overleg wijkverpleegkundige met ziekenhuis: zeer gewenst – gewenst – niet direct
noodzakelijk.

eventueel noodzakelijke voorbereidingen thuis:

B. In te vullen door *arts*

Opname-indicatie:

belangrijke bevindingen:

belangrijkste programmapunten
van het onderzoek:

bezoek huisarts: zeer gewenst – gewenst – niet direct
noodzakelijk

bezoek andere functionaris: zeer gewenst – gewenst – niet direct noodzakelijk
(maatschappelijk werker/
pastor/wijkverpleegkundige)

nader overleg huisarts: zeer gewenst – gewenst – niet direct noodzakelijk

ontslag volgt waarschijnlijk binnenkort: Ja / neen.

Voorlopig ontslagbericht ziekenhuispatiënten

A. In te vullen door verpleegkundige

Naam patiënt:

Adres

geboortedatum

ziekenhuis:

Afdeling:

opnamedatum:

ontslagdatum:

naam specialist/assistent:

advies verpleegkundige zorg:

nader overleg met wijkverpleegkundige: zeer gewenst – gewenst – niet direct
noodzakelijk

B. In te vullen door de arts

opname-indicatie:

voornaamste bevindingen:

ontslag diagnose:

gegeven adviezen aan patiënt:

gegeven therapie:

voort te zetten therapie:

medicamenten aan patiënt verstrekt voor dagen: ja/neen

nader overleg met huisarts: zeer gewenst – gewenst – niet direct noodzakelijk

hercontrole met patiënt afgesproken op:

Rudolf Adriaan de Melker, geboren 19 oktober 1932 te Rotterdam, studeerde na zijn eindexamen H.B.S.-B medicijnen te Leiden.

Na zijn artsexamen in 1961 vervulde hij zijn militaire dienstplicht als assistent op de röntgenafdeling van het Militair Hospitaal Oog en Al te Utrecht.

Na een jaar als assistent/waarnemer in twee huisartsenpraktijken werkzaam te zijn geweest (Collega T. S. J. A. Bonga, destijds te Haastrecht en Dr. C. W. A. van den Dool te Stolwijk), vestigde hij zich in 1964 als huisarts te Winschoten.

Sinds 1/10-1970 als huisarts gevestigd te Lent in associatief verband met Prof. Dr. F. J. A. Huygen, tevens als parttime wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

STELLINGEN

1. Een crisissituatie in een gezin of bij een individu biedt een goede openingsmogelijkheid voor hulpverlening door een maatschappelijk werker c.q. gezinstherapeutisch werker.
2. Een non-directieve gespreksvoering c.q. attitude ten aanzien van patiënten is niet alleen van belang voor het opsporen van psychosociale problemen, maar kan ook leiden tot een betere en snellere diagnostiek van de somatische aspecten van het ziek-zijn dan het afnemen van een anamnese volgens het klassieke vraag- en antwoordpatroon.
3. Het is van groot belang dat medici zich meer bewust worden van het feit dat geneeskundig handelen ook een schadelijk effect kan hebben zowel in somatisch als in psychosociaal opzicht. Vooral dit laatste kan tot iatrogene invaliditeit leiden.
4. De bij sommige gedragswetenschappelijke werkers en medische specialisten levende gedachte dat de huisarts zich bij zijn diagnostiek en behandeling tot de z.g. 'somatische' geneeskunde dient te beperken, geeft blijk van een miskennis van het innig verweven zijn van somatische resp. als somatische gepresenteerde klachten en psychosociale problemen.
5. Het als regel voorschrijven van bedrust langer dan 1 week ter behandeling van een commotio cerebri dient als obsoleet te worden beschouwd.
6. Het valt te betreuren dat, bij de door de Hartstichting overgenomen richtlijn van de Commissie 'Acuut rheuma' van de Raad voor Acuut Rheuma en Aangeboren Hartziekten van de American Heart Association, namelijk om tonsillitis acuta als *routine* met penicilline te behandelen, geen melding gemaakt wordt van het feit dat Nederlands onderzoek tot een tegengestelde conclusie heeft geleid (Nederlandse Hartstichting, Februari 1972).

7. De opvatting van sommige obstetricki dat alleen sprake zou zijn van een optimale verloskundige zorg, indien elke bevalling klinisch zou plaats vinden, wordt niet gesteund door voldoende objectieve gegevens, lijkt in strijd met de wens van de meerderheid van de Nederlandse vrouwen en bestempelt daarom een in principe fysiologisch gebeuren ten onrechte tot pathologie.
8. Het gebruik maken van een screening-audiometer in de huisartsenpraktijk dient als een diagnostische aanwinst te worden beschouwd, vooral indien deze wordt gebruikt in combinatie met stemvorkproeven.
9. Patiëntdemonstraties dienen, uit een oogpunt van goed onderwijs in de zin van het leren van een juiste benadering van patiënten, niet de vorm van het praten *over* de patiënt aan te nemen, alswel het praten *met* de patiënt.
10. Het feit dat de medische student eerst met dode en pas later met levende patiënten wordt geconfronteerd, werkt de benadering van de patiënt als *object* in de hand en vormt een belemmering voor de ontwikkeling van een attitude gericht op de benadering van de patiënt als *subject*.
11. De wijze waarop voorlichting over ernstige ziekten veelal wordt gegeven is ineffectief en soms schadelijk tengevolge van versterking van angstgevoelens.
Niet onbekendheid met symptomen, maar weerstand en verdringing tengevolge van deze angstgevoelens weerhoudt de patiënt vaak om tijdig de arts te raadplegen.
12. De Overheid zou z.g. peuterspeelzalen moeten financieren en hun ontwikkeling dienen te bevorderen door het helpen creëren van een specifieke opleiding van peuterleidsters.
13. De veel gehoorde opvatting dat Groningers stug zouden zijn is in strijd met de werkelijkheid en berust op een vooroordeel.

Stellingen behorende bij het proefschrift van R. A. de Melker,
Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin,
Nijmegen 1973.

